Junta de Andalucía | Consejería de Salud y Consumo

Servicio Andaluz de Salud

1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO **2ª PRUEBA:** CUESTIONARIO PRÁCTICO	**ACCESO: LIBRE**

CONCURSO-OPOSICIÓN 2023 PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES DE:
FEA MEDICINA INTERNA - PRUEBA APLAZADA

ABRIR SOLAMENTE A LA INDICACIÓN DEL TRIBUNAL

ADVERTENCIAS:

- **ESTÁ PROHIBIDA LA ENTRADA AL AULA Y PUESTO DE EXAMEN con TELEFONO MÓVIL (o dispositivo electrónico conectado a datos, en general).**
- **EN LA CONTRAPORTADA DE ESTE CUADERNILLO ENCONTRARÁ INSTRUCCIONES QUE DEBE SEGUIR EN CASO DE HABER OLVIDADO DEJAR EL TELEFONO MÓVIL ANTES DE ACCEDER AL AULA DE EXAMEN.**
- **ESTÁ PROHIBIDO HABLAR DESDE EL INICIO DE LA PRUEBA.**
- **NO ABRA EL CUADERNILLO HASTA QUE SE LE INDIQUE.**
- **EL INCUMPLIIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES SUPONDRÁ LA EXPULSIÓN DEL PROCESO**.

- Compruebe que en su ‹‹**Hoja de Respuestas**›› están sus datos personales, que son correctos, y **no olvide firmarla**.
- **El tiempo de duración de las dos pruebas** es de **tres horas**.
- **Para abrir este cuadernillo, rompa el precinto cuando se indique.**
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, solicite su sustitución. PARA ELLO LEVANTE LA MANO Y ESPERE EN SILENCIO A SER ATENDIDO POR LAS PERSONAS QUE ESTAN VIGILANDO EL EXAMEN.
- Este cuadernillo incluye las preguntas correspondientes a la ‹‹**1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO**›› y ‹‹**2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO**››.

1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO

- Esta prueba consta de 100 preguntas, numeradas de la 1 a la 100, y 3 de reserva, situadas al final del cuestionario, numeradas de la 151 a la 153.
  - Las preguntas de esta prueba teórica deben ser contestadas en la ‹‹Hoja de Respuestas››, numeradas de la 1 a la 100.
  - Las preguntas de reserva deben ser contestadas en la zona destinada a ‹‹Reserva›› de la ‹‹Hoja de Respuestas››, numeradas de la 151 a la 153.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor y sumarían un máximo de 50 puntos.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con ¼ del valor del acierto.

2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO

- Esta prueba consta de 50 preguntas, numeradas de la 101 a la 150.
  - Las preguntas de esta prueba práctica deben ser contestadas en la ‹‹Hoja de Respuestas››, numerada de la 101 a la 150.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor y sumarían un máximo de 50 puntos.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con ¼ del valor del acierto.

- Todas las preguntas tienen 4 respuestas alternativas, siendo sólo una de ellas la correcta.
- Solo se calificarán las respuestas marcadas en su ‹‹Hoja de Respuestas››.
- Compruebe siempre que el número de respuesta que señale en su ‹‹Hoja de Respuestas›› es el que corresponde al número de pregunta del cuadernillo.
- Este cuadernillo puede utilizarse en su totalidad como borrador.

SOBRE LA FORMA DE CONTESTAR SU ‹‹HOJA DE RESPUESTAS››, LEA MUY ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE FIGURAN AL DORSO DE LA MISMA.

ESTE CUADERNILLO DEBERÁ ENTREGARSE EN SU TOTALIDAD AL FINALIZAR EL EJERCICIO. Si desea un ejemplar puede obtenerlo en la página web del Organismo.

CONTINÚA EN LA CONTRAPORTADA

SAS_FEA MEDICINA INTERNA 2023 / TURNO LIBRE / PRUEBA APLAZADA

CUESTIONARIO TEÓRICO

---

1 La Constitución Española señala que los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad, en su artículo:

A) 50.
B) 51.
C) 52.
D) 53.

2 La Junta de Andalucía es la institución en que se organiza políticamente el autogobierno de la Comunidad Autónoma, y está integrada por el Parlamento de Andalucía, la Presidencia de la Junta y el Consejo de Gobierno. Además, el Estatuto de Autonomía de nuestra Comunidad (Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo) establece que otras instituciones y órganos regulados en el mismo texto legal forman parte también de la organización de la Junta de Andalucía, y entre estos se encuentra:

A) Defensor del Pueblo Andaluz.
B) Consejo de Trasparencia.
C) Cámara de Comercio de Andalucía.
D) Consejo de Radiotelevisión Pública de Andalucía.

3 Los pinchazos accidentales constituyen un importante problema de salud laboral por su relativa alta frecuencia (son el accidente con riesgo biológico más corriente) y por las consecuencias que pueden comportar desde el punto de vista de contagio. Todas las siguientes son recomendaciones básicas que deben seguirse para evitar accidentes de este tipo, EXCEPTO:

A) Desechar las pipetas de vidrio con el borde roto.
B) No manipular residuos en el interior de los contenedores, ya que estos pueden contener en su interior agujas y material punzante o cortante.
C) No volver a encapsular las agujas ya usadas.
D) Usar guantes desechables para cualquier manipulación de material sanitario.

4 El Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (Ley 55/2003), señala en su artículo 10, como principal instrumento de configuración y cohesión del Sistema Nacional de Salud (SNS), y que conocerá, debatirá y, en su caso, emitirá recomendaciones sobre los criterios para la coordinación de la política de recursos humanos del SNS:

A) A la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.
B) Al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
C) Al Ministerio de Sanidad.
D) Al Foro Marco para el Diálogo Social.

5 Referido a la obtención por primera vez de la Tarjeta Sanitaria de Andalucía, todas las siguientes afirmaciones son ciertas, EXCEPTO:

A) Supone el registro del solicitante en la Base de Datos de personas usuarias (BDU).
B) Al solicitar la tarjeta es imprescindible que el/la ciudadano/a señale el centro de atención primaria y profesional de medicina de familia o pediatría que desea.
C) Requiere la acreditación de la residencia en Andalucía mediante certificado de empadronamiento.
D) Es necesario presentar el modelo de solicitud, cumplimentado, en un centro de atención primaria.

6 Los profesionales del Servicio Andaluz de Salud (SAS) están asegurados mediante un contrato de seguro de responsabilidad que garantiza las consecuencias económicas a las que vendría obligado a indemnizar por haber causado daños y perjuicios a un tercero en la actividad prestada para el SAS. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre esta cobertura es cierta?

A) Si un profesional del SAS es considerado responsable por cualquier actuación amparada por el contrato de seguro de responsabilidad, que no sea causada por una intención de producir voluntariamente un daño a un tercero, no tendrá que abonar cantidad alguna.
B) Los profesionales del SAS están siempre asegurados, ya que ante cualquier situación, tanto la responsabilidad civil profesional como la responsabilidad patrimonial está cubierta por la empresa de seguros que tenga contratada el Organismo.
C) En caso de recibir una reclamación, hay que comunicar la misma directamente al Servicio de Gerencia de Riesgos del SAS.
D) Todos los profesionales del SAS cuentan con la defensa de los letrados del Servicio Andaluz de Salud, por lo que no está previsto que el profesional elija a su propio abogado.

7 Referido a los indicadores de salud, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

A) Un indicador puede ser algo tan simple como un número absoluto de eventos, o un cálculo complejo, como la esperanza de vida al nacer o la tasa de fecundidad.
B) Los indicadores de salud deben ser mediciones relativas, que están compuestos por un numerador y un denominador que, por lo general, se refieren al mismo período y el mismo lugar.
C) Son mediciones absolutas: la razón, la proporción, la tasa y los llamados odds.
D) Todas las respuestas anteriores son correctas.

8 La tasa de fecundidad es un buen indicador de la conducta reproductiva de la población, que además no se ve afectado por la estructura etaria. ¿Cómo se calcula?

A) Numero de nacidos vivos en un año / número de mujeres a mitad de ese año.
B) Número de embarazos en un año / número de mujeres entre 15 y 49 años a mitad de ese año.
C) Número de nacidos vivos en un año / número de mujeres entre 15 y 49 años a mitad de ese año.
D) Promedio de hijos que cada mujer dejaría al cumplir los 50 años.

9 Usted está llevando a cabo un análisis de la casuística de su unidad en el último año, con los datos que le han proporcionado desde el Servicio de Información y Calidad, y quiere comprobar si la mortalidad hospitalaria está relacionada con los días de la semana. En concreto, teniendo datos de los pacientes hospitalizados y de los éxitus habidos durante el ingreso hospitalario, así como de la fecha y hora de fallecimiento en cada caso, se plantea responder a la siguiente pregunta operativa: ¿es diferente la proporción de mortalidad (razón de Nº de pacientes fallecidos/Nº de pacientes ingresados) si se comparan fines de semana (desde las 00 horas del sábado hasta las 8 horas del lunes) con resto de los días de la semana (desde las 8.01 horas del lunes a las 23.59 horas del viernes)?. Para llevar a cabo esta comparación entre las dos variables así definidas, recurrirá a ¿qué test de contraste de hipótesis?

A) Test T de Student.
B) Test Chi cuadrado.
C) Regresión lineal simple.
D) Regresión logística multivariante.

10 ¿Qué prueba de las siguientes emplearía para evaluar una posible asociación o relación entre dos variables cuantitativas?

A) T de Student.
B) Chi cuadrado.
C) Regresión lineal simple.
D) ANOVA.

11 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la desviación estándar es correcta?

A) La desviación estándar es la medida de dispersión más común, que indica cuán dispersos están los datos con respecto a la media.
B) En una muestra de valores, mientras mayor sea la desviación estándar de una variable, menor será la dispersión de los datos de dicha variable.
C) El símbolo σ (sigma) se utiliza frecuentemente para representar la desviación estándar de una muestra.
D) Todas las respuestas anteriores son correctas.

12 Plantea hacer un estudio de investigación sobre una de las patologías que con más frecuencia se atiende en las consultas generales de su unidad clínica, partiendo de la premisa de que "seguro que dispondrá de una muestra grande en la que podrá hacer múltiples análisis y comparaciones". Al final, después de un trabajo recopilatorio que le ha supuesto un gran esfuerzo a usted y a sus residentes, ha conseguido identificar a 364 pacientes que cumplirían con el diagnóstico de la patología concreta que pretenden analizar, y ahora se disponen a recoger múltiples variables demográficas, clínicas y evolutivas (en total 74 variables) en una Hoja de Recogida de Datos que ha diseñado para ello. Sobre este estudio de investigación y su diseño, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

A) Es un estudio que, aunque no demasiado bien planificado, tiene un diseño de cohorte retrospectiva, y se podrán hacer análisis de factores etiológicos y pronósticos de la enfermedad en cuestión.
B) Como se conoce qué pacientes de la muestra han fallecido, se hará un diseño de casos y controles para evaluar los factores relacionados con la mortalidad en esta enfermedad.
C) En principio es un diseño de tipo descriptivo, y cualquier comparación entre variables recogidas en esta serie de pacientes debe, además de minimizarse, tener sentido a la luz de los conocimientos actualizados en dicha enfermedad y someterse a la máxima prudencia a la hora de sacar conclusiones.
D) Por la cantidad de variables recogidas, seguro que habrá de recurrirse a los análisis multivariantes al hacer comparaciones estadísticas.

13 Está evaluando un brote epidémico con 60 afectados (vómitos y diarreas), y tiene datos de las 300 personas que estuvieron a riesgo, pues fue una celebración a puerta cerrada en un restaurante. De 70 personas que recuerdan haber tomado unas tartaletas con ensaladilla, 50 tienen síntomas de gastroenteritis aguda (GEA); mientras que en los restantes 230 invitados, que no tomaron dichos canapés (o no lo recuerdan bien) hay 10 con GEA. Con estos datos se pueden calcular diferentes indicadores; pero, ¿cuál de los siguientes es la odds ratio de GEA asociada al consumo de tartaletas de ensaladilla?

A) OR = (50 x 220) / (10 x 20) = 55.
B) OR = 50 / 10 = 5.
C) OR = (50 / 70) / (10 / 230) = 16.4.
D) Ninguno de los anteriores.

14 En la metodología de diseño de los PAIs (Procesos Asistenciales Integrados), ¿qué es cierto referido al "limite final"?

A) La salida del proceso puede producirse en cualquiera de los niveles asistenciales.
B) En los procesos crónicos, el límite final es siempre el fallecimiento del paciente.
C) En los procesos agudos, suele ser difícil establecer con precisión el límite final.
D) Todas las respuestas anteriores son ciertas.

15 La precisión de las pruebas diagnósticas se define en relación con un "método ideal" (o gold estándar) aceptado, que define el presunto estado real del paciente, y la exactitud de la nueva prueba para distinguir entre la enfermedad y la salud se determina en relación con los resultados del estándar de referencia y se resume en cuatro estimaciones. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, sobre estas estimaciones, es INCORRECTA?

A) La sensibilidad -o tasa de resultados positivos verdaderos de una nueva prueba- es la proporción de pacientes con la enfermedad (definida por el gold estándar) que tienen un resultado positivo en la nueva prueba.
B) La proporción de pacientes con enfermedad que tienen una prueba negativa, es la tasa de resultados negativos falsos, que se calcula como (1 - especificidad).
C) Entre los pacientes sin enfermedad, la proporción de casos con pruebas negativas corresponde a la especificidad, o tasa de resultados negativos verdaderos.
D) La especificidad, o tasa de negativos verdaderos, refleja qué tan bien la prueba nueva identifica en forma correcta a los pacientes sin la enfermedad.

16 ¿Cuál de los siguientes NO es uno de los principios fundamentales de la "Carta del Profesionalismo Médico en el nuevo milenio" (Declaración conjunta de la Federación Europea de Medicina Interna, el *American College of Physicians - American Society of Internal Medicine* (ACP-ASIM) y el *American Board of Internal Medicine*?

A) La primacía del bienestar del paciente.
B) Formación médica continuada.
C) La autonomía del paciente.
D) La justicia social.

17 La forma de razonamiento más expuesta a los errores diagnósticos es la siguiente:

A) Razonamiento tipo 1 (intuitivo o automático).
B) Razonamiento tipo 2 (deliberativo o reglado).
C) Algoritmos de decisión.
D) Protocolos diagnósticos.

18 En relación al uso racional del medicamento...

A) No guarda relación alguna con el número de medicamentos diferentes que recibe un enfermo.
B) Tiene por única finalidad la reducción del consumo de recursos del sistema sanitario público.
C) Significa que los pacientes reciban fármacos apropiados para sus necesidades clínicas, a dosis ajustadas a su situación particular, durante un periodo adecuado de tiempo y al mínimo costo posible para ellos y para la comunidad.
D) No guarda relación con la prescripción por principio activo.

19 El método más habitual para evaluar la adherencia a medicamentos en un paciente ambulatorio es:

A) Contaje de la medicación sobrante.
B) Dispensador electrónico.
C) Recogida de medicación en Oficina de Farmacia y análisis del registro de dispensaciones.
D) La entrevista clínica y el uso de un cuestionario validado, como el test de Morisky-Green.

20 A pesar de no existir una definición única de polifarmacia, la mayoría de los autores coincide en considerar polifarmacia al consumo diario de:

A) 3 ó más medicamentos.
B) 5 ó más medicamentos.
C) 7 ó más medicamentos.
D) 10 ó más medicamentos.

21 En relación con la revisión de la medicación en el paciente polimedicado, señale la respuesta FALSA de entre las siguientes afirmaciones:

A) Los criterios STOPP/START son una herramienta apropiada para la detección de prescripción potencialmente inapropiada y de prescripción potencialmente omitida.
B) El uso continuado de benzodiazepinas es el criterio STOPP que se detecta con mayor prevalencia en los estudios de prescripción inapropiada.
C) El uso de antiagregantes es el criterio START que se detecta con mayor prevalencia en los estudios de prescripción inapropiada como medicación potencialmente omitida.
D) La prevalencia de prescripción inapropiada, usando conjuntamente los criterios START y STOPP, supera el 90%.

22 Una de las siguientes características NO es compatible con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca avanzada:

A) Fracción de eyección ventricular izquierda, obtenida por ecocardiografía transtorácica, de 27%.
B) Distancia alcanzada al caminar en el test de los 6 minutos de 850 metros.
C) Índice cardiaco de 1,4 l/min/m^2.
D) Presión de enclavamiento capilar pulmonar de 31 mmHg.

23 En el tratamiento de la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida, ¿cuál de las siguientes opciones terapéuticas considera que tiene MENOR evidencia científica?

A) Espironolactona.
B) Sacubitrilo-Valsartan.
C) Canagliflozina.
D) Bisoprolol.

24 En relación con el síncope en adultos, indique la afirmación INCORRECTA de las siguientes:

A) La causa más frecuente es el reflejo vaso-vagal.
B) Cuando se da en pacientes con miocardiopatía hipertrófica obstructiva, no se relaciona con un incremento del riesgo de muerte súbita.
C) Cuando se da en pacientes con estenosis aórtica, es indicación de sustitución valvular.
D) Cuando se asocia a bloqueo aurículo-ventricular de 2º grado tipo Mobitz II, es indicación de marcapasos.

25 Indique la afirmación INCORRECTA de las siguientes, relativas al manejo del síndrome coronario agudo sin elevación del ST:

A) Se recomienda Lidocaína intravenosa como profilaxis de arritmias ventriculares (taquicardia y fibrilación ventricular).
B) Deben suspenderse los anti-inflamatorios no esteroideos en su caso, excepto aspirina.
C) Se recomienda doble antiagregación en todos los pacientes, salvo contraindicación.
D) Puede indicarse transfusión de hematíes en caso de anemia severa o sintomática.

26 En el tratamiento al alta, tras un síndrome coronario agudo sin elevación del ST en el que no se ha implantado stent coronario, ¿cuál de las siguientes pautas de tratamiento considera MENOS adecuada?

A) En pacientes de más de 75 años de edad, con riesgo de caídas, ácido Acetilsalicílico, 100 mgr al día + Clopidogrel 75 mgr al día + Rivaroxaban 2,5 mgr 2 veces al día (5 mgr en total).
B) Ácido Acetilsalicílico 100 mgr al día + Ticagrelor 90 mgr 2 veces al día (180 mgr en total).
C) Ácido Acetilsalicílico 100 mgr al día + Clopidogrel 75 mgr al día (en sustitución de Ticagrelor) en pacientes con alto riesgo de sangrado.
D) Después de 1 año con terapia antiagregante doble, continuar indefinidamente con ácido Acetilsalicílico 100 mgr al día.

27 Entre las aportaciones de la cardioresonancia magnética en las enfermedades cardiacas, representa una aportación única:

A) La detección de fibrosis intramiocárdica cicatricial por medio de estudios de contraste tardío.
B) El estudio morfológico dinámico en las valvulopatías del adulto.
C) Tener una sensibilidad elevada para detectar cambios muy precoces en la endocarditis sobre válvula protésica.
D) Su rendimiento en el proceso diagnóstico de la pericarditis aguda no complicada o típica.

28 Con respecto a la isquemia crónica crítica, en el contextúo de una enfermedad arterial obstructiva de las extremidades inferiores, son ciertas todas las afirmaciones que siguen, EXCEPTO:

A) Debe reservarse el término para aquellos pacientes con dolor en reposo isquémico crónico, úlceras o gangrena atribuibles a una enfermedad arterial obstructiva demostrada de manera objetiva.
B) Corresponde a los estadíos I y II de Fontaine (o también conocida como clasificación de Leriche-Fontaine).
C) El dolor isquémico típico es extraordinariamente intenso, y aparece habitualmente por la noche, aunque en los casos graves puede ser continuo.
D) El frío y la elevación de la pierna empeoran el dolor isquémico, mientras que la posición en declive provoca un alivio parcial.

29 En el manejo de la claudicación asociada a enfermedad arterial de los miembros inferiores, ¿cuál de las siguientes medidas terapéuticas considera MENOS adecuada?

A) Clopidogrel.
B) Warfarina.
C) Cilostazol.
D) Terapia de ejercicio físico supervisado.

30 Con respecto a la trombosis aislada de la vena esplénica, todas las siguientes afirmaciones son correctas, EXCEPTO:

A) Causa hipertensión portal segmentaria, limitada al territorio esplácnico.
B) La etiología más frecuente es la patología pancreática, en especial el cáncer pancreático y la pancreatitis crónica.
C) El tratamiento consiste en la esplenectomía, que suele ser curativa.
D) La clínica consiste en ascitis refractaria, habitualmente sanguinolenta.

31 Según el consenso del Simposio mundial de Hipertensión Pulmonar celebrado en Niza en 2018, ¿cuál de las siguientes es la definición hemodinámica correcta de Hipertensión Pulmonar Precapilar, sabiendo que PAPm es la presión de arteria pulmonar media, que PCP es la presión de enclavamiento pulmonar y que RVP son las resistencias vasculares pulmonares?

A) PAPm > 20 mmHg, PCP > 15 mmHg y RVP ≥ 3 UW.
B) PAPm > 20 mmHg, PCP > 15 mmHg y RVP < 3 UW.
C) PAPm > 20 mmHg, PCP ≤ 15 mmHg y RVP ≥ 3 UW.
D) PAPm > 25 mmHg y PCP ≤ 15 mmHg.

32 De las siguientes afirmaciones relativas a la hipertensión arterial pulmonar del grupo 1, indique la afirmación INCORRECTA de las siguientes:

A) La esquistosomiasis es la causa más frecuente en el mundo.
B) Puede asociarse a enfermedades del tejido conectivo.
C) Puede asociarse a defectos congénitos del desarrollo del septo cardiaco.
D) La hipertensión arterial pulmonar idiopática afecta fundamentalmente a adultos de edad avanzada y de género masculino.

33 En la etiología de la endocarditis adquirida en la comunidad sobre válvula nativa, es FALSO que:

A) Un 40% es producida por estreptococos y otro 28% por *Staph. aureus*.
B) Un 9% es causada por enterococos, principalmente *E. faecium*.
C) Hasta en un 9% de los casos no se consigue aislar el patógeno responsable.
D) *Haemophilus*, *Aggregatibacter*, *Cardiobacterium hominis*, *Eikenella* y *Kingella kingae* son cocobacilos con especial dificultad para su cultivo, y responsables de un 5% de estas endocarditis.

34 Un paciente de 28 años, previamente sano, consulta por diarrea acuosa de 3 días de evolución, sin fiebre. Refiere además sensación nauseosa, vómitos y dolor abdominal difuso leve. Las heces no cuentan con sangre ni pus. El microorganismo de los siguientes, más probablemente relacionado con este proceso, es:

A) *Novovirus*.
B) *Escherichia coli enterotoxigénico*.
C) *Staphylococcus aureus*.
D) *Clostridium perfringens*.

35 En un paciente con diarrea prolongada, todas las situaciones que se describen a continuación se consideran signos de alarma que obligan a intentar un diagnóstico específico, EXCEPTO una. Indíquela:

A) Edad de comienzo inferior a los 50 años.
B) Sangrado digestivo.
C) Incremento de calprotectina fecal.
D) Anemia ferropénica.

36 Aunque el diagnóstico de encefalopatía hepática es fundamentalmente clínico, ayudado por la presencia -no constante- de hiperamoniemia, hay un hallazgo en RM que es muy característico o casi patognomónico de esta entidad. ¿Cuál es?

A) Hiperintensidad de los globos pálidos en T1.
B) Una lesión de la sustancia blanca con aumento de señal en FLAIR, DWI y mapa de ADC (coeficiente de difusión aparente).
C) Hiperintensidad de los ganglios basales, en las secuencias T2 y FLAIR.
D) Hiperseñales difusas en sustancia blanca cerebral en T2.

37 Dentro de los llamados síndromes neurocutáneos (enfermedades que comparten una afectación principal del SNC y la piel), y referido en concreto a la enfermedad de Sturge-Weber, son ciertas todas las siguientes afirmaciones, EXCEPTO:

A) El examen oftalmológico permite detectar opacidades lenticulares subcapsulares, que son un criterio diagnóstico de la enfermedad.
B) Suele producir epilepsia focal refractaria y una hemiparesia progresiva.
C) Es causada por una mutación en mosaico del gen GNAQ en ectodermo.
D) Asocia un angioma cutáneo de la mitad de la cara (nevus flammeus o en vino de Oporto), con un angioma ipsilateral de cerebro y leptomeninges.

38 En relación con el manejo de la ascitis asociada a cirrosis hepática en situación de resistencia a diuréticos, indique la afirmación INCORRECTA de las siguientes:

A) Debe considerarse la suspensión de los diuréticos si el sodio urinario es inferior a 30 mEq por día.
B) Los anti-inflamatorios no esteroideos pueden ser útiles en el tratamiento.
C) Deben suspenderse los betas bloqueantes, especialmente en casos de peritonitis bacteriana espontánea.
D) Puede ser útil la midodrina.

39 Aunque la dermatitis herpetiforme se incluye entre las enfermedades ampollosas autoinmunes subepidérmicas, posiblemente debería otorgársele un carácter independiente dada la localización del antígeno a nivel de las papilas dérmicas y su asociación a una enfermedad en prácticamente el 100% de los casos. ¿Cuál es esta enfermedad?

A) Colitis ulcerosa.
B) Artropatía psoriásica.
C) Enfermedad de Castleman.
D) Celiaquía.

40 En relación con la malabsorción intestinal, indique la afirmación INCORRECTA de las siguientes:

A) La malabsorción de grasas puede asociarse con malabsorción de calcio y magnesio.
B) La enfermedad extensa del íleon terminal puede producir malabsorción de hierro, pero no de vitamina B12.
C) La fibrosis quística puede producir malabsorción proteica.
D) La mayoría de vitaminas y minerales se absorben en la mitad proximal del intestino delgado.

41 Sobre el síndrome de sobrecrecimiento bacteriano en intestino delgado como causa de malabsorción, indique la afirmación INCORRECTA de las siguientes:

A) Puede producir esteatorrea, pero no déficit de vitamina B12.
B) Puede asociarse a enfermedades de base inmune, como la esclerodermia o la enfermedad de Crohn.
C) La entero-resonancia nuclear magnética intestinal puede ser útil en el diagnóstico.
D) El test diagnóstico de elección es el de carbohidratos (lactulosa/glucosa) espirados.

42 De las siguientes afirmaciones relativas al manejo de la exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en pacientes no ingresados, indique la respuesta INCORRECTA:

A) Un volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) en la espirometría < 50% del previsto se relaciona con mayor probabilidad de mala evolución.
B) Si existe riesgo de colonización por *Pseudomona*, el antibiótico de elección es Azitromicina.
C) Son de utilidad los glucocorticoides por vía oral.
D) Está indicado el uso combinado de broncodilatadores de acción corta, beta-agonistas y antagonistas muscarínicos (SABA+SAMA).

43 En el diagnóstico de la Fibrosis Pulmonar Idiopática, es cierto que:

A) Es muy frecuente la presencia de áreas en vidrio deslustrado en el estudio radiológico de los pulmones.
B) El lavado broncoalveolar se caracteriza por linfocitosis en el 85% de los casos.
C) El patrón histológico característico de la biopsia pulmonar es el de neumonía intersticial usual.
D) Los ANAs y el factor reumatoide (FR) son positivos en las 4/5 partes de los pacientes.

44 En un paciente en estudio por una neumopatía intersticial, ¿cuál de las siguientes condiciones añadidas nos debería hacer sospechar una enfermedad sistémica asociada?

A) Artritis en metacarpofalángicas y muñecas.
B) ANA positivos a títulos elevados.
C) Mujer menor de 50 años.
D) Todas las anteriores son correctas.

45 De las siguientes afirmaciones relativas a las infecciones respiratorias en pacientes inmunocomprometidos, indique la INCORRECTA:

A) La infección por *Criptococo* es la más frecuente en receptores de trasplante hepático.
B) La afectación pulmonar por Mucormicosis suele ser multifocal y es frecuente que se disemine a la piel.
C) El aislamiento de *Candida* en esputo es indicación para iniciar terapia específica.
D) La infección por *Pneumocystis jirovecii* tiene una alta tasa de asociación con la infección por Citomegalovirus.

46 Le transfieren a la consulta de orientación diagnóstica de Medicina Interna, desde la Unidad de Neumología, a una paciente de 17 años que ha sido recientemente diagnosticada de linfangioleiomiomatosis pulmonar, y que en el estudio de TAC toracoabdominal le han detectado varias lesiones renales compatibles con angiomiolipomas. ¿Qué enfermedad debería descartarse?

A) Sindrome de Sturge-Weber.
B) Complejo esclerosis tuberosa.
C) Neurofibromatosis tipo 2.
D) Enfermedad de von Hippel-Lindau.

47 ¿Cuál de las siguientes enfermedades con afectación pulmonar se asocia a la existencia de Anticuerpos Ancitoplasma de Neutrófilo (ANCA)?

A) Lupus eritematoso sistémico.
B) Capilaritis pulmonar idiopática.
C) Granulomatosis eosinofílica con poliangeítis.
D) Esclerosis sistémica.

48 Indique la afirmación INCORRECTA de las siguientes relacionadas con la neumopatía intersticial asociada al lupus eritematoso sistémico:

A) La presencia de eosinofilia en el lavado bronco-alveolar descarta el origen farmacológico del cuadro.
B) La prueba de imagen de elección para su diagnóstico es el TAC de tórax de alta resolución.
C) Las pruebas funcionales respiratorias muestran reducción de la capacidad pulmonar total y de la capacidad vital forzada.
D) El tratamiento debe incluir glucocorticoides y agentes inmunomoduladores.

49 ¿En qué estadío se encuentra un paciente diagnosticado de sarcoidosis con afectación pulmonar, que presenta en la radiología de tórax adenopatías hiliares y nódulos pulmonares, y en las pruebas funcionales una alteración en la difusión (DLCO)?

A) I.
B) II.
C) III.
D) IV.

50 Entre las siguientes afirmaciones relativas a datos analíticos orientativos sobre la etiología de un derrame pleural, indique la INCORRECTA:

A) Un cociente de anticuerpos antinucleares (ANA) en líquido pleural/suero >1 es específico de pleuritis lúpica.
B) En el derrame pleural asociado a artritis reumatoide pueden detectarse incrementos de LDH y factor reumatoide.
C) Un recuento de basófilos > 10% sugiere infiltración leucémica de la pleura.
D) El derrame pleural paraneumónico suele cursar con descenso de glucosa, incremento de LDH y pH normal-bajo.

51 Un varón de 65 años consulta por mialgias generalizadas. Es hipertenso y cuenta con un hipotiroidismo primario. Hace una semana fue hospitalizado por un ataque isquémico transitorio, siendo dado de alta con Aspirina®, Rosuvastatina, Enalapril/Hidroclorotiazida y Levotiroxina. En la analítica solicitada de urgencia destaca una creatinina de 3 mg/dL, potasio 5,5 mE/L. Orina: Cilindros granulosos. El fármaco más relacionado con el fallo renal agudo del paciente sería:

A) Enalapril.
B) Hidroclorotiazida.
C) Rosuvastatina.
D) Levotiroxina.

52 Señale, entre las siguientes respuestas, la opción INCORRECTA referida a los criterios de enfermedad renal crónica y su clasificación funcional según "*Kidney Disease: Improving Global Outcomes* (KDIGO)":

A) Para el diagnostico de enfermedad renal crónica en pacientes con FGe ≥ 60ml/m/m^2, se requiere que existan alteraciones estructurales o funcionales del riñón durante más de 3 meses.
B) El diagnostico de enfermedad renal crónica estadio G3bA2 implica un FGe de 30-44 mL/min/1,73 m^2 y un cociente Alb/Cr entre 30 y 300 mg/g durante más de 3 meses.
C) El diagnostico de enfermedad renal crónica estadio G4A1 implica un FGe de 15-29 mL/min/1,73 m^2 y un cociente Alb/Cr inferior a 30 mg/g durante más de 3 meses.
D) Los pacientes que reciben tratamiento con diálisis se subclasifican como estadio G6d.

53 ¿Cuál de las siguientes enfermedades hereditarias cursa con hipouricemia?

A) Enfermedad de Lesch-Nyhan (déficit de hipoxantina-guanina fosforribosiltransferasa).
B) Glucogenosis de tipo I (déficit de glucosa-6-fosfatasa).
C) Deficiencia de purina nucleótido fosforilasa (PNP).
D) Todas las anteriores.

54 Señale la opción INCORRECTA respecto al tratamiento de la gota:

A) Si al iniciar tratamiento hipouricemiante con Alopurinol, se presenta un ataque de gota a pesar de profilaxis adecuada con Colchicina, una opción recomendable es añadir un AINE a dosis baja.
B) El tratamiento hipouricemiante, tras un ataque de gota, es recomendable iniciarlo a partir de la sexta semana después de la resolución del brote agudo.
C) Las recomendaciones actuales indican reducir la uricemia al menos a cifras inferiores a 5 mg/dL.
D) El Febuxostat es recomendable en pacientes con intolerancia al Alopurinol y sin alto riesgo cardiovascular.

55 Señale la afirmación correcta sobre la pérdida involuntaria de peso:

A) La evaluación de un paciente con pérdida involuntaria de peso debe individualizarse, pues incluye un amplio diagnóstico diferencial.
B) Este síndrome no se relaciona con un aumento de mortalidad.
C) Es un problema poco frecuente en las consultas de Medicina Interna.
D) En el diagnóstico diferencial no se incluye patología psiquiátrica grave.

56 Con respecto a las tipologías de los recursos avanzados o especializados de Cuidados Paliativos, según los estándares y normas europeos, y la última edición del Proceso Asistencial Integrado (PAI) "Cuidados Paliativos" (2019), son correctas todas las siguientes afirmaciones, EXCEPTO:

A) Los profesionales de las Unidades de Cuidados Paliativos, atienden exclusivamente a pacientes adultos ingresados en camas de otros servicios, mediante interconsultas o programas de seguimiento compartido.
B) El Equipos de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos proporcionan asesoramiento y apoyo a otros servicios, a sus profesionales, a pacientes y a familiares de estos pacientes.
C) El Equipo de Soporte Domiciliario de Cuidados Paliativos ofrece cuidados paliativos avanzados en domicilio, y da apoyo especializado a los profesionales de Atención Primaria que proporcionan los cuidados de nivel básico.
D) La planificación anticipada de decisiones, y la existencia de redes integradas de Cuidados Paliativos locales y regionales, ayuda a la continuidad asistencial del paciente en los diferentes recursos y momentos de la enfermedad.

57 Respecto a la ansiedad como síntoma, y su manejo terapéutico en Cuidados Paliativos, señale la respuesta INCORRECTA:

A) Puede ser adaptativa ante una situación amenazante.
B) Si es muy intensa o prolongada, requiere tratamiento farmacológico.
C) El tratamiento de primera línea en cuidados paliativos son las benzodiacepinas.
D) Debe recordarse que las benzodiacepinas no se pueden administrar por vía subcutánea, por su errática absorción y o acumulación en la hipodermis.

58 Respecto al uso de opioides mayores (analgesia de tercer escalón) en el dolor crónico no oncológico, señale la opción correcta:

A) Los opioides deben usarse de manera crónica solo en pacientes que se evalúen como de bajo riesgo de abuso de sustancias.
B) Deben utilizarse a la dosis efectiva más baja.
C) Debemos vigilar los efectos secundarios y adherencia al tratamiento.
D) Todas las respuestas anteriores son correctas.

59 Siguiendo el PAI "Atención a pacientes pluripatológicos" (3ª ed., 2018) señale la opción FALSA respecto al índice PROFUND (escala de valoración pronóstica de pacientes pluripatológicos):

A) En el momento del alta hospitalaria se aplicará la estimación pronóstica al año y a los cuatro años del índice PROFUND.
B) El Índice PROFUND es un índice pronóstico específico para pacientes pluripatológicos que ha sido diseñado y validado en población hospitalaria y de Atención Primaria española.
C) Las dimensiones del índice PROFUND se valoran de forma dicotómica (presencia o ausencia), correspondiendo a cada dimensión una puntuación.
D) El índice estratifica de forma precisa a los pacientes pluripatológicos en dos grupos de riesgo en función de puntuación obtenida en las dimensiones.

60 Siguiendo el PAI "Atención a pacientes pluripatológicos" (3ª ed,, 2018), señale cuál de las siguientes NO es una de las categorías clínicas que permiten establecer el criterio de paciente pluripatológico:

A) F.1. Arteriopatía periférica sintomática.
B) E.1. Ataque cerebrovascular.
C) G.1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb < 10g/dL en dos determinaciones separadas más de tres meses.
D) G.2. Neoplasia sólida o hematológica activa que sea subsidiaria de tratamiento con intención curativa.

61 Un paciente de 85 años de edad, durante su ingreso hospitalario, presenta un síndrome confusional agudo. Éste se caracteriza por:

A) Déficit de memoria sin alteración del nivel de conciencia.
B) Ser irreversible.
C) Se establece en un largo periodo de tiempo.
D) Síntomas fluctuantes a lo largo del día.

62 Todas las siguientes son lesiones cutáneas características en la Neurofibromatosis tipo 1 (una de las enfermedades neurocutáneas más frecuentes, debida a la mutación del gen supresor de tumores NF1, que codifica la proteína neurofibromina), EXCEPTO:

A) Manchas café con leche.
B) Nódulos de Lisch.
C) Pecas o efélides, que se localizan preferentemente en las zonas intertriginosas.
D) Neurofibromas.

63 Según el PAI "Atención a pacientes pluripatológicos" (3ª ed., 2018), y referido a las intervenciones para la conciliación del tratamiento en pacientes pluripatológicos, señale de entre las siguientes la opción FALSA:

A) Se debe realizar al ingreso hospitalario, tanto en ingresos en urgencias como en hospitalización, con el objetivo de optimizar la atención del episodio, en un plazo inferior a 24 horas.
B) Debe realizarse al alta hospitalaria.
C) Es un proceso que se debe realizar en el hospital, por lo que no participa el médico de Atención Primaria.
D) Deberá incluir dosis, frecuencia y vía, así como plantas medicinales.

64 Con respecto a los síndromes paraneoplásicos, señale la respuesta verdadera:

A) Pueden ser la primera manifestación del tumor.
B) Su evolución puede ser independiente de la del tumor.
C) Son signos y síntomas que presentan los pacientes con cáncer que no pueden ser explicados por el efecto local del tumor, metástasis o toxicidad de los tratamientos.
D) Todas las respuestas son correctas.

65 Señale cuál de las siguientes es la manifestación MENOS frecuente de las metástasis leptomeníngeas de los carcinomas:

A) Radiculopatía cervical.
B) Hemiparesia.
C) Neuropatía de pares craneales.
D) Encefalopatía por hidrocefalia.

66 En un paciente que ha sufrido una anoxia cerebral tras una parada cardiocirculatoria prolongada, y que permanece en coma, es un signo de mal pronóstico vital y/o de escasa o nula recuperación funcional:

A) La ausencia bilateral de la respuesta N20 en los potenciales evocados somestésicos (PESS).
B) La ausencia de reflejos pupilares transcurridos 3 días desde la instauración del coma.
C) La existencia de un estatus mioclónico temprano.
D) Todos los anteriores.

67 Todas las siguientes enfermedades neurodegenerativas están relacionadas con una alteración en la proteína Tau, EXCEPTO:

A) Enfermedad de Alzheimer.
B) Demencia frontotemporal.
C) Enfermedad de Parkinson.
D) Parálisis Supranuclear Progresiva.

68 En la encefalopatía o demencia asociada a diálisis, hay un elemento que distorsiona la expresión y el procesamiento de la proteína precursora del amiloide β A4, con lo que se incrementa su depósito y, así, se forman placas seniles similares a las de la enfermedad de Alzheimer. ¿Cuál es este elemento, procedente de la dieta y de fármacos que ligan fosfatos?

A) Aluminio.
B) GABA.
C) Manganeso.
D) Urea.

69 Con respecto al tratamiento de la enfermedad de Alzheimer, señale la opción correcta:

A) Existen cinco fármacos inhibidores de la colinesterasa (potenciadoras de la acetilcolina) útiles y que pueden indicarse hoy día: Donepezilo, Rivastigmina, Tacrina, Galantina y Memantina.
B) Los fármacos inhibidores de la colinesterasa han mostrado en ensayos clínicos una cierta mejoría en los parámetros funcionales de los pacientes referidos por sus cuidadores, y un menor deterioro en las pruebas evaluadoras de deterioro cognitivo durante periodos de hasta tres años, comparados con grupos placebo, pero dado que no modifican el curso último de la enfermedad, solo están recomendados en las etapas avanzadas de la enfermedad.
C) A pesar de muchos ensayos con muy variados fármacos, hasta hoy, solo el apoyo familiar, la educación de los cuidadores, la prevención de riesgos con adaptación del mobiliario doméstico y la estimulación psicológica (juegos, crucigramas, cálculos) y social (familia, contactos cercanos, dialogo en grupos) ha mostrado beneficios ciertos en los pacientes, especialmente en las fases tempranas.
D) En mujeres postmenopáusicas con enfermedad de Alzheimer en sus primeros estadios, un tratamiento hormonal con estrógenos puede retrasar la aparición de demencia.

70 El delirium tremens es la entidad clínica de mayor gravedad propiciada por el síndrome de privación etílica. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el delirium tremens es correcta?

A) Se presenta después de una semana (entre 5-10 días) de abstinencia de alcohol.
B) Se produce una descarga de catecolaminas que da lugar a sudoración profusa, hiperventilación, taquicardia y alteraciones de la presión arterial.
C) La hipocalcemia tiene un papel importante en la génesis de las convulsiones, por lo que en el tratamiento, además de la hidratación, administración de glucosa y vitaminas (B1, B6, niacina), hay siempre que aportar calcio I.V.
D) Todas son correctas.

71 En individuos con anemia hipoproliferativa y concentración de hierro normal, ¿qué prueba conviene realizar a continuación?

A) Análisis de médula ósea.
B) Frotis de sangre periférica.
C) Cuantificación de haptoglobina.
D) Ecografía abdominal.

72 Respecto a los criterios analíticos en el diagnóstico de diabetes mellitus y estados prediabéticos, seleccione la respuesta INCORRECTA:

A) Se denomina glucemia basal alterada (GBA) a una glucemia en ayunas entre 100 y 130 mg/dL.
B) Se denomina intolerancia a la glucosa a la presencia de una glucemia entre 140 y 199 mg/dL tras la ingesta de glucosa (prueba de sobrecarga oral de glucosa).
C) Una hemoglobina A1c entre 5,7% y 6,4% implica una homeostasis anormal de la glucosa.
D) Glucemia basal alterada, intolerancia a la glucosa o una hemoglobina A1c entre 5,7% y 6,4% comprenden un estadio denominado prediabetes, y estos enfermos tienen un mayor riesgo de progresar a diabetes mellitus y mayor riesgo de enfermedad cardiovascular.

73 NO es un objetivo terapéutico en la diabetes mellitus:

A) Glucosa plasmática capilar en fase preprandial 80-130 mg/dL (90-140 mg/dL en ancianos).
B) Glucosa plasmática capilar en fase posprandial menor de 200 mg/dL (2 horas tras la ingesta).
C) Presión arterial sistólica menor de 130 mmHg y diastólica menor de 80 mmHg.
D) Hemoglobina glicosidada menor de 7% (menor de 8% en ancianos y enfermos pluripatológicos).

74 Respecto a las diferentes insulinas usadas en el tratamiento de la diabetes mellitus, seleccione la respuesta FALSA:

A) Glulisina, Aspart y Lispro son análogos de insulina humana, su inicio de acción es en menos de 15 minutos, el efecto máximo es en 30-90 minutos y su efecto dura 180-300 minutos.
B) Glargina, Degludec y Detemir son análogos de insulina humana, su inicio de acción es en 60-120 minutos, tienen una curva de acción plana y su efecto dura 24 horas.
C) La Insulina Protamina inicia su acción a los 2 a 4 horas, tiene un efecto máximo de 4 a 10 horas y un efecto máximo de 10 a 16 horas.
D) Las preparaciones mixtas de insulina contienen Insulina Protamina y un análogo de insulina de acción rápida en proporción variable.

75 Elija la respuesta INCORRECTA respecto al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 con Metformina:

A) La Metformina es una biguanida que disminuye la producción hepática de glucosa y mejora la utilización periférica de la misma, mejora el perfil lipídico y promueve una discreta pérdida de peso.
B) El uso de Metformina puede asociarse a un déficit de vitamina B12.
C) Metformina no se debe emplear en pacientes con insuficiencia renal con aclaramiento inferior a 30 mL/min, con cualquier forma de acidosis, insuficiencia cardiaca congestiva inestable, hepatopatía o hipoxemia grave, y debe suspenderse en pacientes que vayan a recibir contraste radiográfico.
D) Metformina es de uso seguro en pacientes hospitalizados.

76 En relación con la función tiroidea y las alteraciones del eje hormonal hipófisis-tiroides, NO es cierto que:

A) La TSH secretada en la adenohipófisis desempeña un papel primordial en el control del eje tiroideo, y es el mejor marcador fisiológico de la acción de las hormonas tiroideas.
B) Las hormonas tiroideas, T3 y T4, circulan unidas a proteínas transportadoras: transtirretina, albúmina y globulina transportadora de tiroxina (que trasporta el 80%).
C) El síndrome del eutiroideo enfermo es un trastorno en el cual, en un paciente con una enfermedad no tiroidea aguda y grave, las concentraciones de tirotropina y hormonas tiroideas son bajas sin que existan manifestaciones clínicas de trastornos tiroideos.
D) Debe cuantificarse la concentración de T3 libre en los pacientes con supresión de la TSH con concentraciones normales de T4 libre.

77 Todas las siguientes proposiciones sobre la enfermedad de Graves-Basedow (hipertiroidismo autoinmune) son correctas, EXCEPTO:

A) La enfermedad de Graves es responsable de un 60-80% de las tirotoxicosis, es diez veces más frecuente en mujeres y está causada por la producción de una inmunoglobulina estimulante del tiroides.
B) Un 80% de los enfermos con enfermedad de Graves tienen anticuerpos antitiroideos.
C) De forma típica, la oftalmopatía de Graves siempre acompaña a los síntomas de tirotoxicosis.
D) El tratamiento de la enfermedad de Graves debe individualizarse en función del estado de la enfermedad, edad, comorbilidad, presencia o no de gestación o lactancia y preferencias del paciente, entre el uso de antitiroideos, yodo radiactivo o tiroidectomía.

78 Gestante de 30 años sin antecedentes médicos de interés que, en analítica protocolaria en la 10ª semana de gestación, se detecta TSH en 5.6 microUI/mL (valores de referencia normales 0,23 y 4,18 µUI/ml en el primer trimestre) con hormonas tiroideas normales. ¿Cuál de las siguientes opciones le parece la actitud más adecuada?

A) No tratar, y vigilancia durante la gestación.
B) Pedir anticuerpos antitiroideos y, si son positivos, tratar con levotiroxina 1 µg/día día hasta el final del embarazo.
C) Tratar con levotiroxina a dosis de 1 µg/día, y control a las 6 semanas aproximadamente.
D) Tratar con levotiroxina 0,5 µg/día, independientemente de la positividad o no de los anticuerpos anti-TPO.

79 En relación con el metabolismo del fósforo, es FALSO que:

A) El 12% del fósforo circulante en sangre va unido a proteínas.
B) La hipofosfatemia crónica generalmente es debida a un déficit en la absorción intestinal de fosfatos.
C) La absorción intestinal de fosfatos es de un 65%, y se intensifica por acción de la vitamina D.
D) El riñón es el encargado de mantener la homeostasis del fósforo a través de grado de reabsorción en el túbulo proximal, siendo la PTH y la FGF23 las responsables de una reducción de la misma.

80 Es FALSO en relación con el hiperparatiroidismo:

A) En un hiperparatiroidismo primario, encontraremos hipercalcemia, hipofosfatemia, PTH intacta elevada, 25-OH-colecalciferol baja, frecuentemente calciuria de 24h elevada y acidosis metabólica hiperclorémica, así como un incremento en los marcadores de recambio óseo.
B) En un hiperparatiroidismo secundario a una insuficiencia renal, encontraremos generalmente normocalcemia, hiperfosfatemia, la PTH intacta puede ser normal o elevada y 25-OH-colecalciferol baja.
C) El síndrome de neoplasias endocrinas múltiples (MEN) de tipo 2 se caracteriza por el desarrollo de tumores en las glándulas paratiroides (100%), la hipófisis (15-42%) y el páncreas (30-90%).
D) Debe sospecharse la existencia de un síndrome de neoplasia endocrina múltiple (MEN) tipo 1 en individuos con hiperparatiroidismo diagnosticado antes de los 30 años.

81 Con respecto a la composición de los líquidos corporales y a las fuerzas que provocan desplazamientos entre los diferentes compartimentos o espacios, señale la afirmación INCORRECTA:

A) El agua es el componente más abundante del organismo; constituye cerca de la mitad del peso corporal en las mujeres y 60% en los varones.
B) El agua corporal total está distribuida en dos grandes compartimientos: 25-45% se encuentra en el interior de las células (líquido intracelular) y 55-75% fuera de ellas (líquido extracelular).
C) El líquido extracelular se subdivide en espacios intravascular (agua plasmática) y extravascular (intersticial) en una proporción de 1:3.
D) El líquido se desplaza entre los espacios intravascular e intersticial a través de la pared de los capilares, y tal fenómeno es regido por las fuerzas de Starling, que comprenden la presión hidráulica capilar y la coloidoosmótica.

82 Según se recoge en el PAI "Cuidados Paliativos (2ª ed., 2019), los cuidados paliativos se realizan a través de elementos esenciales, entre los que NO se encuentra:

A) Una buena comunicación.
B) Un control adecuado de los síntomas.
C) Evitar dar malas noticias.
D) Apoyo a la familia, antes de la muerte y durante el proceso del duelo.

83 Señale la respuesta INCORRECTA en relación con el equilibrio hidrosalino:

A) La hipovolemia desplaza hacia la derecha la curva de secreción de la vasopresina en respuesta a la osmolalidad.
B) La vasopresina actúa sobre la porción gruesa de la rama ascendente del asa de Henle en las células principales del túbulo colector.
C) El 66% del cloruro de sodio filtrado se resorbe en el túbulo proximal renal; un 25-30% se reabsorbe en la rama ascendente del asa de Henle (cotransportador de Na+-K+-2Cl−); y el porcentaje restante es reabsorbido en mayor o menor proporción, según las necesidades del organismo, en el túbulo contorneado distal (cotransportador Na+-Cl−) y túbulo colector (canales de Na).
D) La reabsorción de cloruro sódico es incrementada por la angiotensina II y la adrenalina en la nefrona proximal, y por la aldosterona en la nefrona distal.

84 Señale la respuesta INCORRECTA respecto al equilibrio ácido-básico:

A) Si un paciente presenta pHa=7,23, pO2a=98, pCO2a=26 y HCO3=12, anión gap 10, presenta una acidosis metabólica.
B) Si un paciente presenta pHa=7,18, pO2a=98, pCO2a= 35 y HCO3=12, presenta una acidosis metabólica + acidosis respiratoria.
C) Si un paciente presenta pHa=7,36, pO2a=98, pCO2a=70 y HCO3=38, presenta una alcalosis metabólica.
D) Si un paciente presenta pHa=7,36, pO2a=95, pCO2a=22 y HCO3=12, presenta una acidosis metabólica + alcalosis respiratoria.

85 En la quilomicronemia familiar, es cierto que:

A) Se presenta en 1 de cada 100.000 individuos con herencia autosómica recesiva, expresándose tanto en homozigotos como heterozigotos para el gen de la lipoproteinlipasa o la ApoC-II.
B) Suele ocurrir enfermedad cardiovascular prematura.
C) Se pueden asociar xantomas eruptivos, hepatoesplenomegalia por depósito, episodios de pancreatitis aguda y riesgo elevado de cardiopatía isquémica.
D) La principal intervención terapéutica en el síndrome de quilomicronemia familiar es la administración Volanesorsén.

86 Referido al síndrome metabólico (SM), es FALSO que:

A) La prevalencia del SM depende del área geográfica, así como de la edad de los individuos y del grupo étnico.
B) Las personas con SM tienen una probabilidad de infarto miocárdico agudo 1.5 a 3 veces más alto que las que no lo sufren.
C) Biguanidas, tiazolidinedionas y glinidas son los fármacos de elección para reducir la resistencia a la insulina en el SM.
D) El proceso fisiopatológico clave es la resistencia a la insulina, presentando secuencialmente hiperinsulinemia posprandial, seguida por hiperinsulinemia en ayuno y al final hiperglucemia.

87 Una de las siguientes afirmaciones, referidas al tratamiento de la obesidad, es FALSA:

A) La cirugía bariátrica es una alternativa para pacientes con síndrome metabólico y un índice de masa corporal > 40 kg/m^2, o > 35 kg/m^2 con morbilidad concomitante.
B) Una dieta equilibrada e hipocalórica, unida al ejercicio aeróbico prolongado (60 - 90 minutos) y frecuente (casi a diario), son la base del tratamiento.
C) Orlistat inhibe la absorción de casi el 30% de grasa de la dieta, y consigue una pérdida de peso de casi un 8% de peso corporal.
D) Dosis de 3 mg de Liraglutide ocasionan casi un 6% de pérdida de peso respecto a placebo en casi un tercio de los pacientes.

88 ¿Cuál de los siguientes fármacos, especialmente en acetiladores lentos, puede conducir a un déficit de vitamina B6?

A) Ciclosporina
B) Ketoconazol.
C) Isoniazida.
D) Trimetropin-sulfametoxazol.

89 Referido a la pelagra, todas las siguientes afirmaciones son correctas, EXCEPTO:

A) Las manifestaciones neurológicas de la pelagra son inicialmente de tipo neuropsiquiátrico, tales como depresión, apatía, irritabilidad y deterioro mnésico, para progresar hacia confusión, estupor y coma, con mioclonías y síndrome bipiramidal.
B) Es un padecimiento endémico en países que tienen como fuente fundamental de hidratos de carbono el maíz, mientras que en nuestro medio puede aparecer puntualmente en pacientes alcohólicos y desnutridos.
C) Se debe a un déficit de vitamina B1 o tiamina, que constituye el precursor de la tiamina pirofosfato.
D) Es la enfermedad de las tres "D": dermatitis, diarrea y demencia.

90 En relación con la valoración nutricional, es FALSO que:

A) El gasto energético total de un adulto sano en reposo supone unas 36 Kcal/kg peso/día.
B) La ingestión diaria mínima recomendada de proteína es de 0.80 g/kg de peso corporal normal.
C) La existencia de hipoalbuminemia permite el diagnóstico de desnutrición.
D) Un adulto con 25 g de urea en orina de 24 horas, tiene una pérdida total de nitrógeno de 15,7 g.

91 En cuanto a las manifestaciones clínicas de las meningitis agudas bacterianas, ¿cuál de las siguientes respuestas es cierta?

A) La tríada clásica de la meningitis incluye fiebre, cefalea y rigidez de la nuca, y aparece en el 100% de los casos.
B) En más del 75% de los pacientes disminuye el nivel de conciencia, que varía desde el letargo hasta el coma.
C) Hasta en un 80% de los pacientes, las convulsiones forman parte del cuadro clínico inicial de una meningitis bacteriana, siendo frecuentes las convulsiones generalizadas y el estado epiléptico.
D) El signo de Brudzinski se desencadena con el paciente en posición supina; se le flexiona el muslo sobre el abdomen, con la rodilla flexionada; los intentos por extender la rodilla de manera pasiva provocan dolor cuando hay irritación meníngea.

92 La fiebre reumática aguda es un síndrome postinfeccioso causado por las respuestas inmunitarias a la infección por, ¿cuál de los siguientes estreptococos?

A) *Streptococcus viridans*.
B) *Streptococcus pyogenes* (Estreptococo del grupo A de Lancefield).
C) *Streptococcus agalactiae* (Estreptococo del grupo B de Lancefield).
D) *Peptostreptococcus magnus*.

93 En relación con las infecciones importadas es INCORRECTO que:

A) Tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual y hepatitis víricas, se consideran infecciones universales, comunes a la diferente procedencia de un inmigrante.
B) La leishmaniasis debe ser tenida en cuenta como infección tropical en iberoamericanos y asiáticos.
C) La malaria será considerada en pacientes asiáticos y africanos, ya sea del norte de África o subsaharianos.
D) La filariasis se debe considerar en pacientes asiáticos y del África subsahariana.

94 Señale la respuesta FALSA respecto a la farmacodinámica de los antibióticos:

A) La eficacia de las fluorquinolonas depende del cociente entre área bajo la curva y concentración mínima inhibitoria para un patógeno.
B) La eficacia de los aminoglucósidos depende de que se alcance una concentración sérica máxima particular por encima de la concentración mínima inhibitoria para un patógeno.
C) La eficacia de los betalactámicos depende del tiempo durante el cual su concentración sérica es superior a la concentración mínima inhibitoria para un patógeno.
D) Las cefalosporinas tienen un efecto postantibiótico frente a grampositivos de tan sólo 2 h, y mucho menor frente a gramnegativos.

95 La definición de sepsis NO incluye:

A) Necesidad de tratamiento con vasopresores.
B) Aumento en la puntuación SOFA mayor o igual a 2.
C) Disfunción orgánica aguda.
D) Sospecha de infección.

96 Señale, de entre las siguientes, la afirmación que NO es verdadera o correcta en relación a la fibromialgia:

A) Aparte de las algias musculoesqueléticas, otras manifestaciones sintomáticas son la cefalea continua, trastornos digestivos, dolor pélvico e hipertermia benigna.
B) No existe una prueba diagnóstica de imagen o bioquímica que permita apoyar el diagnóstico de fibromialgia.
C) El diagnóstico es clínico, siendo requisito indispensable la constatación por un médico experto de al menos 11 de los 18 puntos “gatillo” del dolor.
D) Es importante considerar los factores sociales del entorno, así como la personalidad del paciente y su historia vital.

97 Entre las indicaciones de pruebas de neuroimagen en psiquiatría, se encuentra:

A) Primer episodio de psicosis.
B) Trastorno mental de inicio después de los 50 años.
C) Deterioro cognitivo / demencia.
D) Todas son correctas.

98 Con respecto al uso de antipsicóticos, señale la opción correcta:

A) Se prefieren los de segunda generación por presentar menor número de efectos extrapiramidales.
B) La Clozapina requiere seguimiento médico estrecho por su perfil de efectos secundarios.
C) La Olanzapina tiene efectos sedantes.
D) Todas las respuestas son correctas.

99 Es FALSO en relación con la hipercolesterolemia familiar heterocigota:

A) En el diagnóstico clínico es de utilidad el uso de los criterios de la Red de Clínicas Holandesas de Lípidos, siendo el diagnóstico clínico de probabilidad cuando la puntuación total es ≥ 6 y de certeza cuando la puntuación total es ≥ 8 puntos.
B) Dada la dificultad para conseguir el objetivo terapéutico, el tratamiento de elección de estos enfermos es un inhibidor de la PCSK9.
C) En estos enfermos es importante la detección de otros factores de riesgo vascular mayores y, en su defecto, la presencia de enfermedad arterial subclínica, pues cambia la categoría de riesgo y por tanto el objetivo terapéutico.
D) Se recomienda realizar un cribado familiar en cascada cuando se diagnostique un caso índice de hipercolesterolemia familiar.

100 En la definición actual de fiebre de origen desconocido, NO se contempla:

A) Fiebre > 38.3°C al menos en dos ocasiones, sin compromiso inmunitario conocido.
B) Duración ≥ 3 semanas de la enfermedad.
C) Diagnóstico que sigue siendo dudoso después de realizar la anamnesis, una exploración física minuciosa y un listado definido de estudios: hemograma, VSG, PCR, electrólitos, creatinina, proteínas totales, fosfatasa alcalina, alanina aminotransferasa, aspartato aminotransferasa, creatinquinasa, ferritina, anticuerpos antinucleares y factor reumatoide, proteinograma, análisis de orina, hemocultivo, urocultivo, radiografía de tórax, ecografía abdominal, prueba cutánea de tuberculina o cuantificación de la liberación de interferón γ.
D) El diagnóstico permanece desconocido después de una semana de valoración estando hospitalizado.

CASO PRÁCTICO 1:

Paciente varón de 62 años, ex UDVP, alcohol y cocaína, fumador de 15 cigarrillos/día, diagnosticado de infección por VIH en 2011, en situación avanzada (<100 CD4), actualmente en tratamiento con triple terapia (Lamivudina/Doutegravir/Abacavir) y Sulfametoxazol/Trimetoprima. En seguimiento en consultas de Infecciosos. El paciente ingresó por edemas en miembros inferiores, disnea a pequeños esfuerzos, sin fiebre ni ningún otro síntoma por aparatos. Revisando analíticas anteriores, se objetivaba una proteinuria de 4 gramos. Además, se observó pancitopenia de dos años de evolución, que había sido valorada por Hematología como "multifactorial" debido a su infección VIH, esplenomegalia y su medicación antiviral. En la exploración fisica, además de los evidentes edemas blandos en MMII, destaca una esplenomegalia a 6 cm del reborde costal, sin hepatomegalia ni masas abdominales palpables. En la analítica de urgencias destaca una hemoglobina 8 g/dl, leucocitos 3.210 por µlitro y plaquetas 56.000 por µlitro), creatinina 2.06 mg/dl y pro-BNP de 27.832 pg/ml, por lo que se plantea como diagnóstico inicial un debut de insuficiencia cardíaca.

101 ¿Qué prueba realizaría a continuación, para la mejor orientación diagnóstica inicial en este caso?

A) 18F-PEC/TAC.
B) Ecocardiografía.
C) Biopsia renal.
D) Gammagrafía con metaiodobencilguanidina.

102 Analíticamente, además de la pancitopenia ya mostrada, tenía autoinmunidad negativa, carga viral de VIH indetectable, virus de hepatitis B y C negativos, serología de Rickettsia y Coxiella negativas. En orina se observó una proteinuria de 3.5 g/24h. En el proteinograma destaca una hipergammaglobulinenia policlonal, y en la inmunoelectroforesis una elevación de cadenas ligeras Kappa y Lambda. ¿Qué diagnóstico o diagnósticos sindrómicos, establecería en este caso clínico, con los datos que ya tiene?

A) Síndrome nefrótico.
B) Gammapatía monoclonal de significado incierto.
C) Hipertensión portal con hiperesplenismo y pancitopenia secundaria.
D) Todos los anteriores.

103 Se llevaron a cabo durante el ingreso los siguientes estudios: Ecografía de abdomen: no signos de cirrosis, se visualiza esplenomegalia difusa y signos de nefropatía crónica. Ecocardiografía: miocardio de aspecto hiperrefringente, con FEVI ligeramente deprimida; no derrame pericárdico. Interconsulta a Hematología: se realizó frotis de sangre periférica donde se aprecia moderada anisocitosis de serie roja, con ovalocitos y algunos dacriocitos, sin observar signos de displasia mieloide ni células inmaduras, por lo que se planteó al paciente la realización de biopsia de médula ósea, que él rechaza. Se contactó también con el servicio de Nefrología ante la posibilidad de realizar una biopsia renal, pero se desestima en estos momentos por la plaquetopenia. ¿Cuál de los siguientes estudios o pruebas diagnósticas plantearía a continuación para descartar una enfermedad por depósito de amiloide, como causa principal de la clínica del paciente?

A) Gastroduodenoscopia con biopsia duodenal múltiple.
B) Rectocolonoscopia con biopsia rectal.
C) Gammagrafía con Galio 67.
D) Determinación de proteinuria de Bence Jones.

104 Las pruebas pertinentes descartaron amilodosis sistémica. Ante todo esto, el paciente fue dado de alta hospitalaria con tratamiento para la insuficiencia cardíaca y el síndrome nefrótico, para seguimiento ambulatorio en consultas. Un mes después, el paciente reingresa por melenas y anemia de 3.5 g/dL, por lo que se transfunde y se realiza endoscopia urgente, con resultado de duodenitis erosiva sin sangrado activo. En la analítica post-transfusional se continúa observando pancitopenia (hemoglobina 9.2 g/dl, leucocitos 1.500 por µlitro y plaquetas 66.000 por µlitro), y creatinina 1.75 mg/dl. Se realiza punción aspirado de médula ósea, que el paciente finalmente acepta, y avisan desde Hematología al detectarse en la extensión signos de diseritropoyesis, aumento de linfocitos y plasmocitos y, como hallazgo más característico, macrófagos cargados de amastigotes de morfología ovalada o redondeada, sin flagelo. Ante estos hallazgos citomorfológicos y del cuadro clínico del paciente, el diagnóstico más probable es:

A) Leishmaniosis visceral en paciente con infección VIH y disociación inmunovirológica.
B) Malaria crónica (síndrome de esplenomegalia tropical) en paciente con infección VIH y disociación inmunovirológica.
C) Balantidiasis crónica en paciente con infección VIH y disociación inmunovirológica.
D) Amebiasis crónica en paciente con infección VIH y disociación inmunovirológica.

105 ¿Cuál de los siguientes tratamientos o pautas de tratamientos sería la más adecuada en este caso?

A) Anfotericina B liposomal (AmBisome) intravenoso durante un periodo de hasta 38 días, ajustado a peso.
B) Antimoniato de Meglumina.
C) Anfotericina B liposomal intravenoso y Miltefosina oral.
D) Paromomicina más Pentamidina, ajustada a la función renal.

CASO PRÁCTICO 2:

Le avisan desde Urgencias para que valore a un chaval de 13 años que está atendiendo su médico residente, y que ha acudido por lesiones vesiculares y costrosas agrupadas en la mejilla derecha y surco nasolabial y área submentoniana vecinas, de varios días de evolución (ver imagen). No tiene fiebre y mantiene un aceptable estado general. Asegura que las lesiones no le duelen aunque si le pican, y que acude porque al principio eran dos o tres manchitas rojas y a los pocos días salieron como "pompitas" (vesículas) que al rascarse se rompían y dejaban salir un líquido amarillento, habiendo aumentado en número y zona afectada. El paciente vive en un poblado de chabolas, y se dedica a colaborar con su familia en la recogida de cartones y otros objetos de las basuras, que luego venden. Está bien nutrido pero con signos de escaso aseo y cuido personal. No tiene antecedentes personales ni familiares de interés. El resto de la exploración clínica es normal.

106 ¿Cuál es su diagnóstico?

A) Chancro.
B) Herpes simple.
C) Herpes zoster.
D) Impétigo.

107 A pesar de lo característico del cuadro dermatológico y clínico para establecer un diagnóstico seguro, le surgen dudas sobre si pudiera tratarse de una infección mixta, y decide tomar una muestra microbiológica. ¿Qué microrganismo o microrganismos será/n el/los más probablemente aislado/s en la muestra de este paciente?

A) *Streptococcus agalactiae*.
B) Enterococos.
C) *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus*.
D) *Streptococcus viridans* y *Streptococcus intermedius*.

108 ¿Qué tratamiento propondría de manera empírica, para que el paciente hiciera de forma ambulatoria, dado su buen estado general?

A) Penicilina V 250 mg cada 8 horas, vía oral durante 10 días.
B) Eritromicina 500 mg cada 6 horas, vía oral durante 7 días.
C) Doxiciclina 100 mg cada 12 horas, vía oral durante 14 días.
D) Cefalexina en dosis de 250 mg cada 6 horas, durante 10 días.

109 ¿Cuál de los siguientes procesos NO cabría esperar como complicación del cuadro actual?

A) Fiebre reumática aguda.
B) Glomerulonefritis postestreptocócica.
C) Celulitis.
D) Diseminación de la infección a otras partes del cuerpo.

CASO PRÁCTICO 3:
Un paciente varón de 68 años, con antecedentes de hipertensión arterial, obesidad, hipotiroidismo subclínico y alteración de glucemia en ayunas, refiere una historia de 4 meses de evolución de disnea con esfuerzos moderados, que se ha ido intensificando en las últimas semanas, junto con algún episodio de ortopnea. No describe episodios de dolor torácico. En el interrogatorio general cuenta que no realiza controles habituales de TA, pero que suele tener cifras habitualmente elevadas, en torno a 160/95 mmHg, con frecuencias cardiacas de alrededor de 80-90 lpm. Como tratamiento farmacológico habitual utiliza Enalapril 20 mgr al día. En la exploración se aprecian tonos cardiacos rítmicos, sin soplos, y un murmullo vesicular conservado, con algunos crepitantes en ambas bases pulmonares. No hay visceromegalias y sí ligero edema distal de miembros inferiores, sin signos de trombosis ni lesiones tróficas asociadas, pero con signos de insuficiencia venosa. Los pulsos centrales y periféricos están conservados. En el estudio analítico aparecen una glucemia basal de 121 mgr/dl, un sodio de 126 MEq/l, un potasio de 3,9 MEq/l, y un filtrado glomerular de 49 ml/min. No hay proteinuria. TSH 5,77 mcUI/ml, con nivel sérico de T4 libre normal. El electrocardiograma muestra ritmo sinusal con discreto descenso ondulado de ST en precordiales izquierdas, I y aVL. En Rx tórax aparece discreta cardiomegalia.

---

110 ¿Cuál es la sospecha diagnóstica inicial más probable?

A) Insuficiencia cardiaca congestiva por infiltración miocárdica.
B) Insuficiencia cardiaca derecha por posibles microembolismos pulmonares de repetición.
C) Insuficiencia cardiaca izquierda por cardiopatía mixta asociada a diabetes e hipotirioidismo.
D) Insuficiencia cardiaca izquierda por cardiopatía hipertensiva.

111 En relación con las pruebas funcionales a realizar en el paciente anterior, indique la afirmación INCORRECTA de las siguientes:

A) El pico de captación de oxígeno (VO_2) durante el test de ejercicio cardiopulmonar proporciona el dato más objetivo sobre la capacidad funcional de este paciente.
B) La distancia recorrida en el test de marcha guarda relación con la severidad del cuadro.
C) La distancia recorrida en el test de marcha de 6 minutos no se relaciona con el pronóstico.
D) Un valor de VO_2 pico por debajo del 50% del previsto por edad y sexo se relaciona con un peor pronóstico.

112 En el estudio del caso descrito se realiza una ecocardiografía transtorácica. ¿Cuál de los siguientes hallazgos esperaría encontrar con MENOR probabilidad?

A) Ausencia de trastornos segmentarios de la contractilidad miocárdica izquierda.
B) Fracción de eyección ventricular izquierda del 38%.
C) Grosor de la pared posterior ventricular izquierda y del tabique interventricular de 12 mm.
D) Severa dilatación de las 4 cámaras con fracción de eyección ventricular izquierda del 25%.

113 En el tratamiento de este paciente, se consideran fármacos que pueden utilizarse de primera línea, todos los siguientes EXCEPTO uno:

A) Enalapril.
B) Semaglutide.
C) Espironolactona.
D) Carvedilol.

114 En el tratamiento farmacológico del paciente anterior, una vez ensayada la terapia de primera línea sin obtenerse la respuesta adecuada, pueden utilizarse en segunda línea todos los fármacos siguientes, EXCEPTO uno:

A) Verapamil.
B) Ivabradina.
C) Nitratos.
D) Hidralazina.

CASO PRÁCTICO 4:
Paciente de 68 años, con antecedentes de diabetes tipo 2, dislipemia, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica crónica (estable tras revascularización percutánea de dos vasos y stent, dos años antes), acude a Urgencias en enero/2023 por fiebre de hasta 39ºC, tos con expectoración mucopurulenta y dolor de costado izquierdo desde hace tres días. Refiere estar vacunado de la gripe en octubre/2022, y no recuerda haber recibido otras vacunas recientemente. No refiere alergia a fármacos. Está en tratamiento con Atorvastatina 80 mg 1 comp al dia, Metformina 1 g cada 12 h, Atenolol 50 mg al dia y ácido Acetilsalicílico 100 mg al día. Es independiente para las ABVD y vive en su casa con su esposa, a la que cuida por una demencia leve-moderada. A la exploración tiene aspecto febril, herpes labial, bien perfundido e hidratado, con pulso rítmico a 112 spm, Tempª 38,2ºC y TA 145/90 mmHg. SatO2 respirando a/a 92%. AC sin soplos ni extratotonos. AP con algún roncus aislado y estertores crepitantes en tercio medio y base del hemitórax derecho. Abdomen sin megalias ni puntos dolorosos. Extremidades inferiores sin edemas.

---

115 Con esta información clínica, ¿cuál sería el proceder más correcto a continuación, en Urgencias?

A) Dar al paciente de alta a domicilio, prescribiéndole en receta electrónica Paracetamol 1 g (para tomar 1 cp cada 8 h) y Levofloxacino 750 mg (para tomar 1 cp cada 12 horas).
B) Realizar una analítica básica y una radiografía de toráx.
C) Solicitar un estudio de esputo urgente, con tinción de Gram y búsqueda de BAAR.
D) Ingresar al paciente para tratamiento intravenoso con Cefotaxima 2 g/24 h más Linezolid 600 mg/12 horas.

116 Con los datos de que dispone hasta ahora, ¿cuál sería la etiología más frecuente de la Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) de este paciente?

A) Virus respiratorio sincitial.
B) SARS-CoV-2.
C) *Mycoplasma pneumoniae*.
D) *Streptococcus pneumoniae*.

117 Si además de los datos que usted ya conoce sobre este paciente, le decimos que tiene una frecuencia respiratoria basal de 22 respiraciones por minuto, y que en la analítica muestra un nitrógeno ureico (BUN) de 38 mg/dL, ¿podría decir qué grado de severidad tendría esta NAC, según la Escala CURB-65?

A) Riesgo Bajo.
B) Riesgo Moderado.
C) Riesgo Alto.
D) Riesgo Severo.

118 Aunque usted opina que este caso podría ser tratado ambulatoriamente, sin necesidad de hacer más pruebas, el paciente insiste en que se le hagan análisis de COVID y pruebas radiológicas antes de ser dado de alta. Se realiza analítica de sangre y orina, y se envía a la Unidad de Radiodiagnóstico para que le practiquen una RX de tórax (que se muestra la proyección PA), todo ello desde Urgencias. Los principales resultados analíticos son: Hb 15.8 g/dL, leucocitos 16.870/mL con 93% de neutrófilos y 2% de cayados. Glucemia 280 mg/dL (teóricamente el paciente está en ayunas de más de 3 horas), BUN 38 mg/dL, Na 141 mEq/L, K 3'9 mEq/L. Gasometría arterial: pH 7'40, pCO2 39 mmHg, pO2 78 mmHg, satO2 92%. Detección test rápido de SARS-CoV-2 en secreciones nasofaríngeas: negativo. Según el score "Pneumonia Severity Index" (PSI), tiene una puntuación de 99. Tras esta valoración clínica, radiológica, analítica y pronóstica (ya conoce las puntuaciones en los dos índices PSI y CURB-65), ¿cuál sería el proceder más correcto a continuación?

A) Dar de alta a domicilio con tratamiento antibiótico oral (Amoxicilina 1 g/8 horas) durante 5 días, sin más recomendaciones, y seguimiento por su médico de familia.
B) Proponer ingreso hospitalario y avisar a UCI para valoración por el/la intensivista de guardia, por si fuera candidato a ventilación mecánica y soporte circulatorio, dados la edad y los antecedentes del paciente.
C) Solicitar desde Urgencias un TAC de tórax para descartar neoplasia pulmonar.
D) Valorar ingreso hospitalario para vigilancia y tratamiento antibiótico intravenoso con Ceftriaxona 2 g/24 h y Azitromicina oral 500 mg/día.

119 Un compañero de la Unidad de Urgencias le indica que, cuando exista la posibilidad de infección por microorganismos multirresistentes en una NAC, es aconsejable calcular la puntuación en el índice de resistencia antibiótica PES, basada en los tres patógenos multirresistentes más frecuentes en la NAC (*Pseudomonas aeruginosa*, Enterobacteriacea productora de betalactamasa de espectro extendido y SARM). En este paciente el resultado del índice PES es 2 puntos. Ante este dato, la actitud más correcta sería:

A) Recoger muestras respiratorias para cultivo, incluyendo técnicas de diagnóstico molecular si es posible.
B) Iniciar cobertura antibiótica empírica con Meropenem + Levofloxacino + Ceftarolina o Linezolid.
C) Mantener la cobertura antibiótica empírica ya prescrita.
D) Tomar una tanda de hemocultivos y esperar los resultados microbiológicos para cambiar o no la pauta antibiótica empírica instaurada.

120 Respecto al tiempo de tratamiento antibiótico en este paciente con NAC, ¿cuál sería la pauta más adecuada, según las guías clínicas recientes (Normativa de la SEPAR actualización 2020 y GPC de la ATS/IDSA 2019)?

A) Un mínimo de 10 días, que debería ampliarse a 14 días si hay complicaciones (empiema, absceso, sepsis, etc.).
B) Un mínimo de 5 días y, valorando siempre la estabilidad clínica, podría suspenderse tras 48 horas sin fiebre.
C) Un mínimo de 14 días, pasando a la vía oral tras 48 horas sin fiebre.
D) Salvo en casos de neumonía necrosante, absceso pulmonar, derrame pleural complicado, infecciones extrapulmonares o sospecha de gérmenes no comunes, el tratamiento antibiótico debe suspenderse tras una semana de quedarse el paciente afebril y alcanzarse la estabilidad clínica.

121 Por las características personales y comorbilidades que presenta, una vez resuelto el proceso neumónico, usted se plantea que el paciente debería vacunarse frente al neumococo. Siguiendo el protocolo de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica de Andalucía, establecidas en el "Programa de Vacunación frente a neumococo en Andalucía 2023 (Instrucción DGSPyOF-6/2023, de 12 abril 2023)", ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

A) Tras haber sufrido un proceso infeccioso como el descrito en el caso, nuestro paciente cumpliría criterios para ser considerado de Riesgo Alto de enfermedad neumocócica invasiva (Grupo 1).
B) Por su edad, nuestro paciente estaría en la cohorte de vacunación sistemática frente a neumococo, y si no hubiese recibido dosis previas de vacuna neumocócica conjugada (VNC13 o VNC20), debería haber recibido dosis única de la vacuna conjugada 20-valente (VNC20) (Apexxnar®).
C) Si nuestro paciente hubiera sido previamente vacunado con una dosis de VNC13, ahora debería recibir una dosis única de NNC20, siempre que hayan transcurrido seis meses desde la vacunación previa.
D) Todas las respuestas anteriores son correctas.

CASO PRÁCTICO 5:

Se le consulta un paciente para estudio por hipertensión arterial de difícil control. Se trata de un varón de 58 años de edad, con el antecedente familiar de fallecimiento de su padre por ictus a los 78 años de edad. Entre sus hábitos no figura el ejercicio físico habitual, ha sido fumador hasta 2 años antes (27 paquetes-año) y consume 4 unidades de bebida standard (cerveza) al día. En el interrogatorio refiere que de manera habitual tiene somnolencia diurna y le cuesta concentrarse en algunas tareas. Su esposa comenta que ronca desaforadamente. A la exploración, el peso es de 99 kilogramos y el IMC de 32,7. La presión arterial es de 158/102 mm Hg y la frecuencia cardiaca de 87 lpm. El perímetro abdominal mide 124 cm. Los datos analíticos más relevantes son los siguientes: glucemia basal 139 mgr/dl, Hba1c 6,9%, Ácido úrico 10,2 mgr/dl, LDL-colesterol 168 mgr/dl, VLDL-colesterol 48 mgr/dl, Triglicéridos 367 mgr/dl. Filtrado gomerular 72 ml/min. Sodio 148 MEq/l, Potasio 3,9 MEq/l. TSH en valor normal. Orina normal, con Albuminuria de 13 mgr/gr creatinina). Tenía prescrito tratamiento con una combinación de Enalapril 20 mgr e Hidroclorotiazida 12,5 mgr. Su médico le había propuesto recientemente comenzar con Metformina. Estudiado en Neumología, le realizan un estudio polisomnográfico, que muestra un índice apnea/hipopnea de 11/hora de sueño.

122 ¿Cuál de las siguientes medidas terapéuticas le parecen menos apropiada?

A) Añadir Semaglutide por vía subcutánea.
B) Añadir Alprazolam como hipnótico.
C) Terapia con presión positiva continua en vía aérea (CPAP).
D) Añadir Fenofibrato.

123 En el tratamiento farmacológico de la hipertensión de este paciente, ¿cuál de las siguientes medidas NO aplicaría inicialmente?

A) Añadir Bisoprolol.
B) Sustituir Enalapril por Olmesartan de 40 mgr.
C) Añadir Amlodipino.
D) Añadir Espironolactona.

124 Existen varias patologías, además de la obesidad, en las que está aumentada la prevalencia de la patología que sufre este paciente. Indique en cuál de las siguientes NO se ha descrito dicha asociación:

A) Hipertensión pulmonar.
B) Hipertiroidismo.
C) Diabetes gestacional.
D) Enfermedad de Parkinson.

125 El tratamiento efectivo de la patología que presenta nuestro paciente ha demostrado que puede mejorar todas las circunstancias siguientes, EXCEPTO una:

A) Disfunción eréctil.
B) Hipertensión arterial sistémica.
C) Somnolencia diurna.
D) Mortalidad.

126 Los pacientes con esta patología que presentan somnolencia persistente a pesar de un tratamiento adecuado, y tras haberse descartado razonablemente otras causas de este síntoma, pueden ser candidatos para tratamiento con cualquiera de los fármacos siguientes, EXCEPTO uno:

A) Armodafinilo.
B) Acetozolamida.
C) Solriamfetol.
D) Modafinilo.

CASO PRÁCTICO 6:
Un paciente varón de 21 años de edad, diagnosticado de asma bronquial leve persistente, describe en el interrogatorio que suele tener síntomas 3-4 días a la semana, que no afectan a sus actividades habituales, y ha tenido 1 hospitalización por reagudización en el último año.

---

127 ¿Cuál de las siguientes combinaciones terapéuticas le parece MENOS adecuada para el tratamiento de mantenimiento?

A) Estimulante beta de acción corta + antagonista del receptor de leucotrieno.
B) Corticoide a baja dosis + estimulante beta de acción corta a diario.
C) Antagonista del receptor de leucotrieno + antagonista muscarínico de acción prolongada.
D) Corticoide a baja dosis + estimulante beta de acción corta a demanda.

CASO PRÁCTICO 7:
Atiende en consulta a una mujer de 53 años previamente sana y normotensa, que debuta con hipertensión arterial con tensión arterial sistólica superior a 150 mmHg de forma repetida. En la exploración física no identifica nada significativo. En el análisis microscópico del sedimento de orina, presenta acantocitos, cilindros hemáticos y 125 leucocitos/campo, con cociente albuminuria/creatinuria en muestra simple de orina de 75 mg/g.

---

128 Indique el parámetro analítico que le resultaría de MENOS utilidad para la aproximación diagnostica:

A) Anticuerpo anti ds-DNA.
B) Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA).
C) Anticuerpos anti membrana basal glomerular (anti-MBG).
D) Anticuerpos contra el receptor de la fosfolipasa A2 del tipo M.

CASO PRÁCTICO 8:
Un médico de familia le remite a consulta una mujer de 77 años asintomática que, en la evaluación de hipertensión arterial, identifica una hemoglobina mantenida entre 17 y 18 gr/dl y hematocrito entre 56-58%. Entre sus antecedentes figura tabaquismo de 42 paquetes/año, con abandono del hábito 3 meses antes de esta evaluación, sin episodios de trombosis ni hemorragias. No refiere prurito y en la exploración física no se detectan adenopatías periféricas ni esplenomegalia. Inicia un estudio diagnóstico

con los siguientes resultados: leucocitosis de 12.900/uL (92% neutrófilos) con plaquetas normales y con frotis periférico normal. Elevación de cifras de eritropoyetina (EPO), presión parcial arterial de oxigeno (PpaO2) basal de 99% y cifras normales de carboxihemoglobina en dos determinaciones, con FG estimado de 78 ml/m/m^2. Las catecolaminas urinarias 24 horas son normales. El TAC con contraste de tórax y abdomen es normal.

---

129 ¿Qué prueba le resultaría de mayor rentabilidad de cara a establecer la causa final de la eritrocitosis de esta mujer?

A) Mutación V617F del gen JAK2.
B) Determinación por pletismografia del volumen plasmático.
C) RMN de cráneo.
D) Determinación de masa eritrocitaria.

CASO PRÁCTICO 9:
Mujer de 36 años con índice de masa corporal de 39 y perímetro de cintura de 102 cm, sin asistencia sanitaria previa, que presenta desde hace 3 semanas edemas maleolares y periorbitarios. Se identifica TAD superior a 100 mmHg de forma repetida y analítica con FGe de 52 ml/min/m^2, cHLD 31 mg/dl y TG 355 mg/dl. En orina presenta proteinuria de 3,8 g/24 h por 1,73 m^2.

---

130 ¿Qué parámetro analítico espera encontrar con cifras patológicas con mayor probabilidad?

A) Cadenas ligeras libres en plasma.
B) Anticuerpos anti membrana basal glomerular (anti-MBG).
C) HBA1c.
D) Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA).

CASO PRÁCTICO 10:
Atiende en consulta a un hombre de 78 años que se lo remiten por edemas. Como antecedente relevante destaca un adenocarcinoma de pulmón T3N0M0 diagnosticado hace 2 meses. El paciente indica que estando previamente bien, presenta desde hace 1-2 semanas, edemas con fóvea en región maleolar y periorbitaria. En analítica aportada muestra un FGe de 72 ml/m^2, con iones normales y albúmina sérica de 1,8 g/dL. En ecoscopia a pie de cama se identifica derrame pleural bilateral y ascitis, ambos de pequeña cuantía y sin criterios de imagen de complicación. Se programa revisión a la semana, para ver evolución y completar estudio, mostrando en el seguimiento proteinuria de 3,9 gramos/24h/1,73 m^2.

---

131 En esta situación señale la glomerulopatía más frecuente que esperaría encontrar:

A) Nefropatía membranosa.
B) Glomeruloesclerosis focal.
C) Glomerulonefritis membranoproliferativa.
D) Enfermedad glomerular de lesiones (cambios) mínimos.

CASO PRÁCTICO 11:
Un meta-análisis demuestra que un determinado tratamiento hipotensor, al cabo de una media de 5 años de tratamiento, redujo en un 23% la mortalidad por ictus. Leyendo la publicación completa comprobamos que la mortalidad media en pacientes no tratados era del 33%, mientras que la mortalidad media en pacientes tratados con el hipotensor testado era del 25,4%.

132 Según estos datos, indique la respuesta INCORRECTA de las siguientes:

A) La reducción absoluta del riesgo (RAR) es del 23%.
B) El número necesario a tratar (NNT) se calcula con el cociente 1/(RAR).
C) El NNT en este meta-análisis para el hipotensor testado es 13.
D) Para valorar el NNT en poblaciones diferentes, hay que tener en cuenta si el riesgo de la enfermedad de estudio es similar entre ellas.

CASO PRÁCTICO 12:
A través de una tele-consulta, uno de los facultativos del centro de salud del que usted es referente, le consulta el caso de una ascitis de desarrollo progresivo en un paciente con antecedente de hepatopatía enólica, que presenta signos de pérdida de masa muscular e incremento del nivel sérico de antígeno carcino-embrionario (CEA).

133 A nivel de respuesta telemática, ¿cuál de las siguientes le parece más eficiente?

A) Se recomienda solicitar consulta a Aparato Digestivo.
B) Se cita al paciente para paracentesis diagnóstica programada.
C) Es preciso descartar ascitis de origen tumoral, se recomienda solicitar ecografía abdominal.
D) Se ruega soliciten TAC abdominal con contraste y realicen nueva consulta en caso de hallazgos patológicos.

CASO PRÁCTICO 13:
En su centro de salud, le comentan el caso de un hombre de 38 años con debilidad unilateral de músculos inferiores y superiores de la cara, con pérdida del gusto en los dos tercios anteriores de la lengua y temperatura vespertina entre 37,4ºC y 37,9ºC, cuando su temperatura habitual es de 36,4ºC, con dolor ocular, fotofobia y enrojecimiento principalmente en la unión entre la córnea y la esclerótica. Cuando lo atiende en consulta identifica aumento bilateral e indoloro de las glándulas parotídeas. No hay otros síntomas neurológicos ni identifica existencia de inmunodeficiencia o antecedentes de exposición a agentes ocupacionales o ambientales, ni tampoco uso de drogas vía inhalada ni inyectada. ANA y ANCA negativos.

134 En esta situación, indique de las siguientes, la actitud diagnostica que le sería MENOS esencial en el diagnóstico del paciente:

A) Realización de TAC cráneo.
B) Realización de radiografía simple de tórax.
C) Realización de ensayo de liberación de interferón gamma.
D) Realización de examen oftalmológico por oftalmólogo.

135 El TAC de cráneo y la radiografía de tórax son normales. El ensayo de liberación de interferón gamma fue negativo. El examen oftalmológico identificó sinequias periféricas en cámara anterior en forma de "tienda de campaña". Con estos resultados, ¿cuál es el diagnóstico más probable?

A) Neumoconiosis por Berilio.
B) Fiebre uveoparotídea o síndrome de Heerfordt.
C) Blastomicosis.
D) Tuberculosis.

136 Con el diagnostico de presunción que ha realizado sobre el paciente, y habiendo decidido iniciar tratamiento, indique la opción terapéutica más aconsejada:

A) Anfotericina B liposómica en dosis de 5 mg/kg de peso al día durante 2 semanas.
B) Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol inicialmente 2 meses, continuando con Isoniacida y Rifampicina durante 4 meses más.
C) Prednisona 1 mg/kg de peso y corticoide tópico ocular.
D) Metotrexato oral a dosis inicial de 7,5 a 10 mg por semana.

CASO PRÁCTICO 14:
Está atendiendo en consulta a una mujer de 52 años, postmenopausica, con diagnóstico de infección por VIH habiendo abandonado el tratamiento antirretroviral hacía al menos dos años, y en la que acaba de diagnosticar una Arteritis de la Temporal, sin pérdida visual en el momento del diagnóstico ni afectación de grandes vasos. Va a iniciar tratamiento con Prednisona a dosis de 40 a 60 mg al día.

---

137 Indique cuál de las siguientes NO sería una actitud recomendada:

A) Realizar estudio de infección por tuberculosis.
B) Establecer estrategia de prevención de osteoporosis inducida por glucocorticoides.
C) Recomendar dosis única de vacunación de virus varicela-zóster de virus vivos o atenuados.
D) Recomendar no comer carne poco cocida.

138 Dentro de la estrategia para la prevención de osteoporosis inducida por glucocorticoides, indique cuál es la opción que recomendaría:

A) Asegurar ingesta total de calcio de 500 mg al día.
B) Asegurar una ingesta de vitamina D de 200 unidades internacionales/día.
C) Si presenta osteopenia, sugeriría iniciar tratamiento antiosteoporotico.
D) Si presenta osteopenia, sugeriría iniciar tratamiento antiosteoporótico solo si mantengo el tratamiento con corticoides a estas dosis durante al menos 6 meses.

139 Si considera el tratamiento antiosteoporótico, y considera que la adherencia al tratamiento va a ser adecuada, la primera opción recomendada es la siguiente:

A) Denosumab sc en dosis única mensual al menos durante 3 años.
B) Teriparatida oral semanal durante al menos 3 años.
C) Alendronato o Risedronato oral semanalmente.
D) Acido Zoledrónico intravenoso trimestral.

CASO PRÁCTICO 15:
El Servicio de Cardiología nos consulta un paciente de 68 años en el que sospechan amiloidosis cardiaca en base a debut de insuficiencia cardiaca con fracción de eyección de ventrículo izquierdo preservada, de causa inexplicable.

---

140 ¿Qué prueba deberíamos solicitar en primer lugar, sabiendo que el paciente no tiene antecedentes personales ni familiares de interés y que presenta, además, hepatomegalia y proteinuria en rango nefrótico?

A) Ratio de cadenas ligeras en orina de 24 horas.
B) Cadenas ligeras en sangre y electroforesis de proteínas en sangre y orina con inmunofijación.
C) Proteína sérica del amiloide (SAA) en sangre.
D) Biopsia renal.

CASO PRÁCTICO 16:
Valora a un paciente varón de 66 años, con antecedentes de consumo enólico regular prolongado y que presenta ascitis de 8 meses de evolución, que ha aumentado en la última semana. El análisis del líquido ascítico extraído por paracentesis diagnóstica muestra los datos siguientes: 353 leucocitos/mmc (73% polimorfonucleares), gradiente de albúmina suero-ascitis 1,9 gr/dl.

---

141 ¿Cuál de los siguientes diagnósticos considera más probable?

A) Carcinomatosis peritoneal.
B) Tuberculosis peritoneal asociada a cirrosis hepática.
C) Peritonitis bacteriana espontánea.
D) Ascitis cardiaca.

CASO PRÁCTICO 17:
Un paciente varón de 24 años, con antecedentes de uso de heroína y tabaco por vía inhalatoria, es atendido en Urgencias por disnea. A la exploración está consciente, algo somnoliento, pero con adecuada respuesta a estímulos táctiles y verbales. No tiene rigidez de nuca ni focalidad neurológica. No tiene fiebre. A la auscultación sólo se aprecian algunos roncus dispersos. No hay cianosis evidente. La radiografía de tórax no tiene alteraciones significativas.

---

142 ¿Cuál de las siguientes alteraciones analíticas es MENOS probable que aparezca?

A) Gradiente alveolo-arterial (A-a O_2) = 38 mm Hg.
B) PaO_2 = 84 mm Hg.
C) $PaCO_2$ = 50 mm Hg.
D) $SatO_2$ = 90 mm Hg,

CASO PRÁCTICO 18:
Mujer de 29 años, con antecedentes de crisis febriles y fumadora importante. Consulta por presentar desde hace unos 2 años episodios frecuentes, estereotipados, que comienzan con una sensación epigástrica ascendente y un olor desagradable, seguidos de desconexión del medio. Los familiares que están con ella observan que hace movimientos de chupeteo y de apertura y cierre repetidos de la mano izquierda. Pasados dos minutos los movimientos ceden, pero le cuesta responder adecuadamente y solo recuerda parcialmente lo ocurrido.

---

143 De los siguientes ¿cuál es el diagnóstico más probable?

A) Crisis focales complejas del lóbulo temporal.
B) Accidentes isquémicos transitorios en territorio carotideo derecho.
C) Crisis focales simples motoras.
D) Episodios de amnesia global transitoria.

CASO PRÁCTICO 19:
Está Vd. programando el alta de una mujer de 82 años que ha ingresado por una pancreatitis aguda de origen liásico y de gravedad leve. Como antecedentes, destaca que es diabética tipo II, no bebe alcohol y no es hipertensa. Tras la resolución de la pancreatitis, pesa 55 Kg y la bioquímica hepática es normal. Durante la hospitalización ha identificado una fibrilación auricular y una enfermedad renal que tras evaluación especifica ha catalogado de Fibrilación no valvular permanente y de Enfermedad Renal Crónica estadio G3aA2 (filtrado glomerular estimado de 52 ml/m/m^2) respectivamente. No tiene antecedentes de ictus ni de hemorragia importante, y no está particularmente preocupada por el riesgo de hemorragia. No utiliza AAS ni fármacos inhibidores o inductores de la glicoproteína P.

---

144 En cuanto a la estrategia de profilaxis primaria de cardioembolia, indique cuál sería el anticoagulante directo que elegiría como primera opción:

A) Dabigatran 110 mg dos veces al día.
B) Apixaban 2,5 mg dos veces al día.
C) Edoxaban 30 mg una vez al día.
D) Rivaroxaban 15 mg una vez al día, con la comida más abundante del día.

145 Durante el seguimiento, su médico de familia le informa que la paciente ha tenido 2 episodios de epistaxis espontáneas que no ha producido anemización. ¿Qué actitud le parece MENOS apropiada, ante estos episodios hemorrágicos?

A) La decisión de suspender temporalmente el anticoagulante debe equilibrar los riesgos de hemorragia y trombóticos.
B) Si el episodio de epistaxis es prolongado, puede ser apropiado el uso de ácido Tranexámico.
C) La epistaxis bilateral es una indicación con evidencia IIa de utilización de Concentrado de Complejo de Protrombina.
D) No está indicado como primera opción utilizar carbón activado oral.

146 A los 3 meses del alta, ingresa por una neumonía grave de la comunidad, en la que ha decidido utilizar tratamiento empírico inicial con Ceftriaxona y Azitromicina. Al 4º día de hospitalización presenta una hemorragia digestiva baja masiva. En cuanto a la posibilidad de utilizar un agente de reversión para la hemorragia digestiva masiva, su actitud seria utilizar:

A) Idarucizumab si el tratamiento que indicó fue un inhibidor del factor Xa.
B) Andexanet alfa si decidió utilizar un inhibidor de la trombina.
C) Concentrado de complejo de protrombina si el tratamiento que indicó fue un inhibidor del factor Xa.
D) Factor VII recombinante activado en caso de haber utilizado Dabigatrán o Rivaroxabán.

CASO PRÁCTICO 20:
Varón de 61 años, fumador e hipertenso, que acude a Urgencias por pérdida súbita de fuerza y sensación de hormigueo en la mano derecha de unos 15 minutos de duración, con recuperación posterior casi completa. ECG: ritmo sinusal a 93 lpm.

---

147 En relación con el diagnóstico más probable, señale la respuesta FALSA:

A) Una causa probable es una embolia arterioarterial por desprendimiento de una placa carotidea.
B) El ecografía-doppler de troncos supraaórticos es poco útil para el diagnóstico.
C) Es necesario realizar una TC craneal para evaluar la repercusión sobre el parénquima cerebral.
D) El tratamiento quirúrgico está indicado si las pruebas de imagen revelan una estenosis carotidea >70%.

CASO PRÁCTICO 21:
Varón de 45 años traído a la consulta por sus familiares por un cuadro de un año de evolución de pérdida de memoria, que ha ido progresando hasta necesitar ayuda para algunas actividades de su vida cotidiana. Tiene antecedentes de migrañas, y algún episodio de focalidad neurológica autolimitada, por los que no ha consultado nunca. La exploración neuropsicológica es compatible con una demencia inicial, y la RM cerebral muestra una leucoencefalopatía grave.

---

148 ¿Qué prueba habría que solicitar?

A) Punción lumbar para analizar amiloide y proteína Tau en LCR.
B) Estudio genético para presenilina 1 (PSEN1).
C) Estudio genético para NOTCH3.
D) Estudio genético para progranulina.

CASO PRÁCTICO 22:
Un paciente varón de 68 años, con antecedentes de tabaquismo y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ingresa procedente de urgencias con un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda de 3 días de evolución sin fiebre, y sin foco de condensación en radiografía de tórax. La gasometría arterial muestra los siguientes valores: PaO2 = 69 mm Hg, PaCO2 = 64 mm Hg, SatO2 = 81% y pH = 7,31. Dado que presenta cierta somnolencia, se indica ventilación mecánica no invasiva (BPAP).

---

149 ¿Cuál de los siguientes parámetros considera INCORRECTO en su programación inicial?

A) Presión inspiratoria de 8 a 12 cmH2O.
B) Presión espiratoria de 3 a 5 cmH2O.
C) Incrementar progresivamente la presión inspiratoria de 10 a 20 cmH2O según tolerancia.
D) Aporte de oxígeno suplementario para mantener SatO2 > 70%.

CASO PRÁCTICO 23:
Un paciente de 60 años acude a urgencias por artritis aguda de rodilla derecha. El análisis anatomopatológico del líquido sinovial mostró cristales en forma de aguja con birrefringencia negativa.

---

150 Se trata de una artritis aguda por depósito de microcristales de:

A) Urato monosódico.
B) Pirofosfato cálcico.
C) Oxalato cálcico.
D) Hidroxiapatita.

151 El PAI "Atención a pacientes pluripatológicos", en su edición 3ª (revisión de 2018) añade a los anteriores criterios de paciente pluripatológico, los criterios de complejidad, para abordar la atención integral a pacientes crónicos con necesidades de salud complejas. ¿Cuál de los siguientes NO sería uno de estos últimos criterios de "complejidad"?

A) Trastorno mental grave (esquizofrenia, psicosis maníaco-depresiva, depresión mayor).
B) Polimedicación (5 ó más principios activos de prescripción crónica).
C) Riesgo sociofamiliar (puntuación en la escala de Gijón mayor a 10 puntos).
D) Úlceras por presión en estadío II ó superior.

152 En relación con los aspectos éticos del aprendizaje de habilidades clínicas, indique la afirmación que le parece MENOS correcta de las siguientes:

A) Los médicos y las instituciones de salud deben mostrar respeto por los pacientes al informar de los errores, ofrecer la compensación apropiada por el daño producido y utilizar los errores como oportunidades para mejorar la calidad de la atención.
B) El uso poco juicioso de redes sociales puede afectar la confidencialidad del paciente, exponerlo a los detalles propios de la vida personal del médico y cruzar límites profesionales, así como poner en riesgo la relación terapéutica.
C) La realización por parte de personal en formación de una exploración clínica que podría considerarse invasiva o de especial delicadeza, como un tacto rectal o una exploración mamaria, no precisa de consentimiento informado expreso siempre que esté presente o supervisando el profesional encargado del paciente.
D) El médico debe separar la vida profesional de las páginas electrónicas personales, cuentas de redes sociales y blogs, y debe seguir guías desarrolladas por instituciones y sociedades profesionales sobre el uso de redes sociales para comunicarse con sus pacientes.

153 La concentración sérica de ferritina se utiliza para valorar la reserva corporal total de hierro, siendo un parámetro muy útil en el estudio y evaluación del tratamiento de las anemias ferropénicas. De las siguientes afirmaciones sobre esta proteína, son ciertas todas EXCEPTO una. Señálela:

A) La ferritina es también un reactante de fase aguda y, ante inflamación aguda o crónica, puede aumentar varias veces por encima de su concentración basal.
B) Una concentración sérica de ferritina por debajo de 10-15 mcg/L indica el agotamiento de la reserva corporal de hierro.
C) La mujer adulta tiene una concentración sérica de ferritina promedio de 300 mcg/L, en correspondencia con una reserva de hierro mayor que en los varones, para compensar cíclicamente las pérdidas hemáticas menstruales.
D) El varón adulto tiene una concentración sérica de ferritina promedio de casi 100 mcg/L, correspondiente a una reserva de hierro cercana a 1 g.

INSTRUCCIONES PARA LAS PERSONAS OPOSITORAS:

Las personas opositoras están obligadas a colaborar en el correcto desarrollo del examen cumpliendo las siguientes instrucciones; en caso contrario nos veríamos obligados a pedirle que abandone el examen.

EL INCUMPLIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES QUE A CONTINUACIÓN LE DETALLAMOS SUPONDRÁ LA EXPULSIÓN DEL PROCESO.

SOBRE LA UTILIZACIÓN DE TELÉFONOS MÓVILES Y OTROS DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS:

- ESTÁ PROHIBIDA LA ENTRADA AL AULA Y PUESTO DE EXAMEN con TELÉFONO MÓVIL (o cualquier otro dispositivo electrónico conectado a datos).
- En caso de que necesite algún dispositivo electrónico por tema médico o relacionado con medidas de seguridad en el ámbito de la violencia de género, informe de ello a su entrada en el aula, y le indicarán qué instrucciones específicas debe seguir.
- SI SE LE HUBIERA OLVIDADO DEJAR EL MÓVIL EN CASA O A UN ACOMPAÑANTE, TIENE QUE PONERLO EN CONOCIMIENTO Y ENTREGÁRSELO A LOS RESPONSABLES DEL AULA, QUE LO CUSTODIARÁN HASTA FINALIZAR SU PRUEBA:
- Para ello le entregarán un sobre con autopegado, en el que deberá escribir su DNI, nombre y apellidos, introducir el dispositivo apagado en el sobre, cerrarlo y dejarlo claramente visible en su mesa de examen para que, antes del inicio del reparto de los cuadernillos de examen, sea depositado por las personas de la organización en la mesa del responsable del aula.
- Finalizada la prueba, podrá recoger su móvil tras la presentación de su DNI.

SOBRE EL CORRECTO DESARROLLO DE LA PRUEBA:

- ENCIMA DE LA MESA DE EXAMEN SÓLO PUEDEN ESTAR su documento identificativo (DNI, pasaporte), el cuadernillo de examen y la hoja de respuesta que se le entreguen, el/ los bolígrafo/s y, en su caso, una botella de agua y caramelos. Los enseres personales, como bolsos, carteras, mochilas, etc., debe colocarlos en el suelo, a sus pies.
- ESTÁ TOTALMENTE PROHIBIDO CUALQUIER TIPO DE COMUNICACIÓN ENTRE LAS PERSONAS OPOSITORAS Y ENTRE ÉSTAS Y EL EXTERIOR, ASÍ COMO EL USO Y TENENCIA DE DISPOSITIVOS MÓVILES.
- NO ESTÁ PERMITIDO LEVANTARSE DEL ASIENTO NI SALIR DEL AULA EN NINGUNA CIRCUNSTANCIA HASTA EL MOMENTO EN QUE SE INICIE EL EJERCICIO. Después, podrá ir al baño, siempre acompañado por uno de los vigilantes del aula.

SOBRE EL CONTENIDO DEL CUADERNILLO DE EXAMEN:

- Iniciada la prueba, si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, levante la mano y, cuando le atiendan, solicite su sustitución.
- Si entiende que existen preguntas confusas, incorrectamente formuladas o con respuestas erróneas, **LE RECORDAMOS QUE LA/S ALEGACIÓN/ES A LA/S PREGUNTA/S HA DE REALIZARSE A TRAVES DE LA V.E.C. EN LOS TRES DIAS HÁBILES SIGUIENTES A LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN.**

NO ESTÁ PERMITIDO INTERRUMPIR EL CORRECTO DESARROLLO DEL EXAMEN.

ANTE CUALQUIER CUESTIÓN O INCIDENCIA QUE TENGA, LEVANTE LA MANO Y ESPERE SENTADO/A Y EN SILENCIO A QUE LE ATIENDAN LAS PERSONAS QUE ESTAN VIGILANDO EL DESARROLLO DE LA PRUEBA.